Nancy-Université

Université Henri Poincaré

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

➢ Contact SCD Nancy 1 : theses.sante@scd.uhp-nancy.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE – NANCY I

2011

FACULTE DE PHARMACIE

LE PHARMACIEN, EDUCATEUR EN SANTE :

COMPRENDRE LE PATIENT POUR PROPOSER UN APPRENTISSAGE ADAPTE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 juin 2011

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Thomas MULLER
né le 20/09/1984

Membres du jury

Présidente : Mme BENOIT Emmanuelle, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme DEMORE Béatrice, Maître de Conférences, Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Nancy

Mr FLEURENTIN Jacques, Docteur en Pharmacie, Président de la Société Française d'Ethnopharmacologie

Mr COCHAUD Christophe, Professeur Agrégé, Faculté de Pharmacie de Nancy

FACULTÉ DE PHARMACIE - UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1

Membres du personnel enseignant - Année universitaire 2010-2011

Doyen
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ
Directeur des Etudes
Virginie PICHON
Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN
Président de la Commission de la Recherche
Christophe GANTZER
Président de la Commission Prospective Facultaire
Jean-Yves JOUZEAU
Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle
Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :	Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON
Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :	Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES
Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Marie-Madeleine GALTEAU
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES
Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES
Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Dominique NOTTER
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE
Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Chantal FINANCE	*Virologie, Immunologie*
Jean-Yves JOUZEAU	*Bioanalyse du médicament*
Jean-Michel SIMON	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Gilles AULAGNER	*Pharmacie clinique*
Jean-Claude BLOCK	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*Pharmacologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*Microbiologie*
Max HENRY	*Botanique, Mycologie*
Pierre LABRUDE	*Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile*
Isabelle LARTAUD	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*Biochimie*
Pierre LEROY	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*Chimie organique*
Patrick MENU	*Physiologie*
Jean-Louis MERLIN	*Biologie cellulaire*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*Biochimie, Biologie moléculaire*

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	*Pharmacie clinique*
Nathalie THILLY	*Santé publique*

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	*Parasitologie*
Mariette BEAUD	*Biologie cellulaire*
Emmanuelle BENOIT	*Communication et santé*
Isabelle BERTRAND	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*Physiologie*
Igor CLAROT	*Chimie analytique*
Joël COULON	*Biochimie*
Sébastien DADE	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*Pharmacie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*Biophysique, Acoustique*
Florence DUMARCAY	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*Pharmacologie*
Raphaël DUVAL	*Microbiologie*
Béatrice FAIVRE	*Hématologie*
Adil FAIZ	*Biophysique, Acoustique*
Luc FERRARI	*Toxicologie*
Caroline GAUCHER-DI STASIO	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*Chimie organique*
Frédéric JORAND	*Santé publique*
Olivier JOUBERT	*Toxicologie*
Francine KEDZIEREWICZ	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*Informatique, Biostatistiques*

MAITRES DE CONFÉRENCES (SUITE)

Faten MERHI-SOUSSI	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*Microbiologie*
Blandine MOREAU	*Pharmacognosie*
Maxime MOURER	*Chimie organique*
Francine PAULUS	*Informatique*
Christine PERDICAKIS	*Chimie organique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*Biophysique*
Anne SAPIN-MINET	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*Mycologie, Botanique*
Gabriel TROCKLE	*Pharmacologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*Mycologie, Botanique*
Mohamed ZAIOU	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*Pharmacie galénique*

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	*Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*Anglais*

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR »

REMERCIEMENTS

À ma présidente et directrice de thèse,

Madame Emmanuelle BENOIT

Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy,

Laboratoire de Communication et Santé

Mes sincères remerciements pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de présider mon jury. Merci à vous d'avoir pris du temps et de m'avoir guidé sur la longue route de la thèse. Vous m'avez permis de m'améliorer dans la rédaction de travaux écrits, et de devenir plus efficace dans la communication. Merci à vous pour votre disponibilité, pour les – nombreuses – relectures et les corrections apportées.

À mes juges,

Madame Béatrice DEMORE

Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy, Praticien Hospitalier

Merci à vous d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. La communication avec le patient, que ce soit en milieu hospitalier ou en officine, représente une part importante dans l'exercice des professions de santé. Soyez assurée de ma reconnaissance.

Monsieur Christophe COCHAUD

Professeur Agrégé d'Anglais

Mes sincères remerciements pour votre intérêt dans ce travail. J'ai déjà eu l'occasion de vous présenter un mémoire, qui plus est, en anglais. J'espère que ce travail, consacré en grande partie à la communication vous sera profitable.

Monsieur Jacques FLEURENTIN

Docteur en Pharmacie, Président de la Société Française d'Ethnopharmacologie

J'ai la chance de travailler à vos côtés à Woippy. Tout a commencé lorsque vous m'avez accueilli dans votre officine pour le stage de première année. Les années passant, vous m'avez fait l'honneur de me proposer de travailler à vos côtés. Je vous dois la plupart de l'expérience que j'ai acquise en officine en travaillant avec vous. Merci à vous pour tout ce que vous m'avez apporté, notamment dans le domaine de la phytothérapie. J'espère pouvoir, vous apporter, ainsi qu'à l'équipe, les enseignements que j'ai tirés de ce travail d'écriture.

À Guy et Monique,

Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce travail. Merci pour vos encouragements et votre réconfort pendant des moments qui ont parfois été difficiles. Je vous remercie de m'avoir toujours encouragé à faire ce qui me plaisait.

À Sarah,

Tu es ma « petite » sœur mais tu es capable de dire et faire de grandes choses. Merci à toi d'avoir contribué à l'achèvement de ce travail de thèse. Sans le vouloir, tu m'as motivé et permis d'avancer plus vite en me menaçant de soutenir ton mémoire avant moi.

À ma grand-mère,

Je te remercie d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir encouragé à persévérer. Merci pour tes conseils et tes leçons de vie qui m'ont permis d'avancer alors que j'étais encore étudiant.

À toute l'équipe de la pharmacie Fleurentin,

À tous mes collègues, Claude, Petrus, Bebel, Frédo, Alex, Nadou, Mathilde et Dom, ainsi qu'aux stagiaires qui ont croisé notre route, Sophie et Mathieu. Merci à vous tous pour la bonne humeur que vous distillez. Merci pour votre esprit d'équipe et votre soutien mutuel.

À mes camarades de promotion,

Merci à Aurélie, Channy, Mathilde, Marie-Eve, Emilie, Claire, Christelle, Simon et Seb pour tous les bons moments vécus ensemble.

A Madeleine,

Bibiche, simplement merci. A cette rencontre improbable en deuxième année qui a fait des étincelles j'en garderai tous les fous rires, les interminables discussions au téléphone ou les vacances dans des lieux reculés de France. Merci à toi.

À FH,

À mon binôme qui m'a toujours supporté de la première à la dernière année. Entre les cours, les Travaux Pratiques et les heures passées à la bibliothèque à rédiger des rapports, j'ai découvert un véritable ami.

À Lucie,

À toi, la troisième personne du binôme. Je ne sais pas comment tu as fait pour toujours nous supporter FH et moi. Merci pour tous ces moments de complicité que nous avons pu vivre ensemble.

À tous les amis de l'impro,

Vous êtes trop nombreux pour être cités nominativement. Merci à tous ceux dont j'ai pu croiser la route sur une scène d'improvisation, que ce soit à Metz, à Nancy, à Pont à Mousson ou ailleurs. Remerciements particuliers à Philou et Milou, à Jess, à Bastien, à Isa, et à Laurent Bousson, pour avoir contribué, chacun à leur manière, à l'accomplissement de ce travail.

À la mémoire d'Aloyse,

À mon grand-père qui aurait été si content et si fier d'avoir été là.

SOMMAIRE

TABLE DES TABLEAUX 6

TABLE DES FIGURES 7

TABLE DES ANNEXES 8

INTRODUCTION 9

PARTIE 1 : LE COMPORTEMENT DES PATIENTS FACE A LA MALADIE ET AUX TRAITEMENTS 11

CHAPITRE 1 : LA GESTION DU TRAITEMENT PAR LE PATIENT ET LE PROBLEME DE L'OBSERVANCE 13

1. DEFINIR L'OBSERVANCE 14

2. QUANTIFIER L'OBSERVANCE 15

3. CONSEQUENCES DU MANQUE D'OBSERVANCE 16

4. AGIR SUR LA NON-OBSERVANCE : UN ENJEU ETHIQUE ET ECONOMIQUE 16

41. Dépister la non-observance 17

42. Facteurs influençant le degré d'observance 18

43. Aider les patients dans l'observance des traitements 21

431. La communication avec le patient 21

432. La dispense d'informations 23

433. Les stratégies pour prévenir la non-observance 23

4331. Les aides à l'observance 23

4332. L'augmentation de la surveillance 26

4333. L'implication des soutiens 26

4334. La modification du plan de prise 26

4335. Les contrats 27

4336. Les programmes d'auto-surveillance 27

CHAPITRE 2 : LES FACTEURS INFLUENCANT LE COMPORTEMENT DU PATIENT _____28

1. IDENTIFIER LES BESOINS_____ 29

11. La pyramide de Maslow_____29

12. Les cinq besoins hiérarchiques_____29

2. IDENTIFIER LES MOTIVATIONS DU PATIENT _____ 31

21. Définir la motivation _____31

22. Facteurs influençant la motivation _____32

23. Trois modèles pour expliquer les problèmes de motivation _____34

231. Le modèle des croyances de santé_____34

2311. La genèse des croyances _____ 36

2312. Intégrer de nouvelles informations et les comparer au système de représentations ___ 37

2313. Le modèle des croyances de santé de Rosenstock _____ 39

232. Le modèle des stades d'acceptation de la maladie _____41

2321. Les émotions éprouvées _____ 41

2322. Le modèle des stades d'acceptation de la maladie et le deuil de la maladie _____ 44

23221. Le processus intégratif _____ 46

23222. Le processus distanciatif_____ 49

233. Le modèle du changement comportemental _____50

PARTIE 2 : DEVELOPPER LES COMPETENCES DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN, POUR PROPOSER UN APPRENTISSAGE ADAPTE _____ 54

CHAPITRE 1 : AMELIORER LES COMPETENCES DE COMMUNICATION _____56

1. L'ECOUTE ACTIVE_____ 57

11. Développer l'écoute _____57

12. Identifier le langage non-verbal_____58

121. Le langage non verbal du pharmacien _____60

1211. L'expression du visage _____ 60

1212. L'expression corporelle _____ 62

1213. Le contact visuel_____ 62

1214. La proxémie_____ 62

1215. Le ton de la voix _____ 64

1216. L'apparence professionnelle _____ 64

122. Le langage non-verbal du patient _____64

13. Améliorer l'écoute _____66

2. ADOPTER UNE ATTITUDE EMPATHIQUE _____ 67

3. SAVOIR POSER LES BONNES QUESTIONS_____ 68

31. Organiser les questions _____69

32. Construire les questions _____69

33. Eviter les écueils _____70

CHAPITRE 2 : DEFINIR LES OBJECTIFS EDUCATIONNELS ET SELECTIONNER UNE METHODE PEDAGOGIQUE ADAPTEE _____71

1. DEFINIR LES COMPETENCES A FAIRE ATTEINDRE AU PATIENT _____ 72

2. LA COMMUNICATION ENTRE LE PATIENT ET LE PHARMACIEN _____ 76

21. La problématique de la transmission d'informations _____76
211. Facteurs influençant l'apprentissage _____76
212. Proposer un apprentissage adapté à chacun_____77
22. Analyse d'un échange au comptoir_____78
221. Le processus de communication entre deux individus_____78
222. Les barrières à la communication _____80
2221. Les barrières propres au patient_____ 80
2222. Les barrières propres au pharmacien _____ 82
2223. Les facteurs propres à l'environnement_____ 83
23. De quelle manière le patient intègre-t-il l'information ? _____84
231. Le sens de perception prédominant _____84
232. Le style d'apprentissage personnel du patient, selon Kolb _____86
24. Sélectionner une méthode éducative_____89
241. Différences entre pédagogie et andragogie _____89
242. Diverses méthodes éducatives _____91
2421. L'exposé _____ 91
2422. Le dialogue_____ 92
2423. Les imprimés _____ 92
2424. Les démonstrations pratiques_____ 93
2425. Les outils multimédia _____ 94
243. La mémorisation de l'information _____95
2431. Le problème de la mémorisation des informations_____ 95
2432. Faciliter la mémorisation des informations _____ 95
25. Comment valoriser l'apprentissage du patient ? _____97
251. Les trois étapes préalables à la dispensation de l'information _____97
252. L'étape éducative_____98
2521. L'apprentissage concerne un nouveau traitement_____ 98
2522. L'apprentissage concerne un traitement déjà connu du patient _____100
253. L'étape de conclusion _____ 101

CONCLUSION _____ 102

ANNEXES _____ 104

BIBLIOGRAPHIE _____ 110

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux facteurs pouvant influencer l'observance *20*

Tableau 2 : Suggestions de communication pour prévenir la non observance *22*

Tableau 3 : Exemple de tableau aide-mémoire à fournir au patient *24*

Tableau 4 : Facteurs influençant la motivation du patient *33*

Tableau 5 : Evolution des émotions ressenties selon un processus intégratif ou distanciatif *45*

Tableau 6 : Réactions émotionnelles liées à un processus intégratif *47*

Tableau 7 : Réactions émotionnelles liées à un processus distanciatif *50*

Tableau 8 : Les étapes du changement comportemental *51*

Tableau 9 : Composantes gestuelles des différentes émotions exprimées *65*

Tableau 10 : Exemple de compétences d'autosoins *72*

Tableau 11 : Exemple de compétences d'adaptation *73*

Tableau 12 : Liste des compétences à faire acquérir au patient *74*

Tableau 13 : Principaux éléments propres à chaque sens utilisé préférentiellement *85*

Tableau 14 : Comparaison entre méthode éducative pédagogique et androgogique *90*

Tableau 15 : Eléments facilitant la mémorisation des informations *96*

Tableau 16 : Stratégie éducative à mettre en place lors de la délivrance d'une nouvelle ordonnance *99*

Tableau 17 : Stratégie éducative à mettre en place lors d'un renouvellement d'ordonnance *100*

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Exemple de modèle de pilulier journalier *24*

Figure 2 : Exemple de modèle de pilulier mensuel *24*

Figure 3 : Exemple de différents modèles de piluliers électroniques programmables *25*

Figure 4 : Exemple de montre utilisée pour programmer des alarmes de prise *25*

Figure 5 : Exemple d'application pour téléphone portable utilisée pour programmer des alarmes de prise *25*

Figure 6 : La pyramide des besoins selon Maslow *30*

Figure 7 : Mise en place du système de représentation *36*

Figure 8 : Processus d'intégration de nouvelles informations *38*

Figure 9 : Modèle des comportements de santé décrit par Rosenstock *40*

Figure 10 : Représentation du modèle des changements de comportement *52*

Figure 11 : Répartition et importance des éléments de communication selon Mehrabian *59*

Figure 12 : Expressions faciales des six émotions de base *61*

Figure 13 : Distances de conversation suivant le type de discussion choisi *63*

Figure 14 : Le processus de communication entre deux individus *79*

Figure 15 : Les quatre styles d'apprentissage définis par Kolb *87*

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Loi relative à l'Education Thérapeutique du Patient *105*

Annexe 2 : Exemple d'autoquestionnaire utilisé pour évaluer l'observance : l'autoquestionnaire de Girerd . *107*

Annexe 3 : Exemple d'autoquestionnaire édité par l'Assurance Maladie *108*

Annexe 4 : Représentations du patient à propos des médicaments *109*

INTRODUCTION

L'augmentation de l'espérance de vie ainsi que le vieillissement de la population française contribuent à multiplier les actes médicaux, chirurgicaux ou diagnostiques. Le recours à des thérapeutiques de plus en plus évoluées et efficaces augmente le confort de vie des patients, mais souvent au prix d'un surcoût économique, et une complexification du traitement.

L'impossibilité évidente des équipes soignantes à assurer la totalité des actes médicaux, ainsi que la volonté étatique de « replacer le patient au cœur du système de soins » (42) impliquent, pour ce dernier, de devenir un véritable acteur de sa propre santé. L'acquisition d'une certaine autonomie dans la gestion du traitement passe, par exemple, par la possibilité de prendre certaines décisions, utiliser correctement des appareils de mesure ou encore connaître les comportements à adopter.

La récente publication de l'article 84 de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) au journal officiel le 29 juillet 2009 a inscrit la démarche d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans le Code de la santé publique, et fait désormais partie des nouvelles missions du pharmacien (cf. annexe 1 pages 104-105). (50) Cette démarche éducative représente progrès pour le patient. En connaissant sa pathologie, en étant informé et formé sur la bonne utilisation du traitement, les effets secondaires ou encore les comportements à adopter, le patient optimise son traitement et améliore son confort de vie. De plus, une meilleure utilisation des traitements réduit le nombre d'actes médicaux et/ou diagnostiques, et, par conséquent, diminue le coût économique global.

Mais éduquer le patient, étendre ses connaissances en lui apportant de nouvelles informations, en le formant à de nouvelles techniques ou en l'aidant à développer de nouveaux comportements ne s'improvise pas. Comme le soulignent d'ailleurs d'Ivernois et Gagnayre, « le patient est un apprenant particulier qui requiert une pédagogie adaptée ». (11) Les contraintes liées à l'apprentissage sont telles qu'il est impossible, pour le pharmacien, de proposer une démarche éducative calquée, par exemple, sur le système scolaire. Le pharmacien doit valoriser un apprentissage en tenant compte des contraintes imposées aussi bien par l'officine (manque d'intimité, bruit), que par le

patient lui-même. La diversité des patients, qu'il s'agisse de l'âge, du handicap, de la culture, ou de la catégorie socioprofessionnelle, fait qu'il est impossible, pour le professionnel de santé, de proposer une méthode éducative standardisée. Au contraire, proposer un apprentissage nécessite de personnaliser les informations à communiquer. Cette adaptation du message à la personne nécessite donc, au préalable, de savoir à qui, et comment proposer cet apprentissage.

La première partie de ce travail sera focalisée sur le patient et son comportement face à la maladie. Dans le premier chapitre, nous observerons une conséquence de la délégation des soins, du professionnel de santé vers le patient. En permettant à ce dernier de devenir responsable de la gestion, ainsi que de la prise de son traitement, on introduit la notion d'observance. C'est à dire que l'on observe dans quelle mesure le patient suit les recommandations qui lui ont été fournies et utilise correctement le traitement prescrit. De cette notion d'observance, nous analyserons le problème de la non-observance ainsi que ses conséquences. Nous tenterons également d'expliquer quelles sont les causes de cette non-observance.

Le second chapitre de cette partie sera tourné vers la compréhension du patient. Nous analyserons quels mécanismes psychologiques influent sur le comportement des patients, et dans quelle mesure ils peuvent intervenir dans une démarche d'apprentissage. Nous aborderons ainsi des notions comme le niveau de besoin, la motivation, ou les croyances. Cette connaissance des différentes notions permettra de comprendre pourquoi et comment agit le patient. Cela aidera le pharmacien à être attentif à certains aspects de la communication et à améliorer ses compétences de communicant.

Enfin, la deuxième partie sera focalisée sur le pharmacien et ses compétences relatives à la communication. En abordant des notions comme l'écoute, la pratique de l'empathie ou du questionnement efficace, nous verrons comment valoriser l'échange entre professionnel de santé et patient. Cela permettra également d'analyser le processus de communication qui existe au comptoir, et d'aider le pharmacien à optimiser la démarche d'apprentissage. Nous passerons en revue les différentes méthodes éducatives disponibles, ainsi que les facteurs qui peuvent influencer favorablement, ou défavorablement, l'apprentissage.

PARTIE 1 : LE COMPORTEMENT DES PATIENTS FACE A LA MALADIE ET AUX TRAITEMENTS

Chaque patient entretient un rapport particulier avec sa santé. Si certains patients s'impliquent activement dans la gestion de leur santé, d'autres, au contraire, ignorent, dissimulent ou atténuent leurs problèmes. Lorsque ces derniers se présentent dans une officine, le pharmacien doit être à même d'informer, voire de former le patient sur des problèmes spécifiques. Le Code de déontologie des pharmaciens précise d'ailleurs que « le pharmacien contribue à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ». (27) Il doit s'assurer de fournir les informations essentielles, qu'il juge nécessaires, au patient, afin qu'il puisse utiliser en toute sécurité le traitement qui lui a été prescrit. Le professionnel de santé est donc amené à transmettre des informations, une partie de ses connaissances à ses patients, afin de les aider à améliorer leur état de santé. Cette amélioration passe, évidemment, par la bonne utilisation des médicaments, mais également par l'application de mesures de prévention ou la modification de certains comportements.

La plupart du temps, il est impossible, pour le professionnel de santé, d'être certain que le patient utilise correctement le traitement prescrit ou qu'il tient compte des divers conseils reçus. Cela pose un problème récurrent dans la gestion d'un traitement : celui de l'observance. Nous allons analyser, dans le premier chapitre, les conséquences de ce problème, mais également tenter d'en définir les causes. Cela permettra, dans le deuxième chapitre, de définir quels sont, côté patient, les facteurs à prendre en compte pour optimiser la gestion du traitement.

CHAPITRE 1 : LA GESTION DU TRAITEMENT PAR LE PATIENT ET LE PROBLEME DE L'OBSERVANCE

Dans nos sociétés occidentales, la santé occupe une place importante dans la vie des individus. Les progrès accomplis dans le domaine médical depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale ont abouti à une augmentation importante de l'espérance de vie des individus. En effet, en France, depuis une cinquantaine d'années, la couverture hospitalière, médicale ou encore officinale permettent à chaque individu d'être facilement pris en charge. Chacun peut ainsi optimiser sa propre santé, définie par l'OMS, comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». (28)

Lorsqu'un élément susceptible d'influer sur la santé - qu'il provienne de l'organisme même du patient, ou de son environnement extérieur -, survient, l'état de santé de ce dernier diminue. Si cette diminution est trop importante, ou trop gênante, le patient consultera un médecin. Une fois le diagnostic posé, le professionnel de santé envisagera des solutions, dans le but de résoudre le problème. Ces solutions se présentent, par exemple, sous la forme de diagnostics complémentaires, de conseils de prévention ou encore par la rédaction d'une ordonnance de traitement médicamenteux.

Toutes ces solutions ont la même finalité, celle d'améliorer la santé de l'individu. D'Ivernois et Gagnayre remarquent que « devant la permanence des besoins de soins médicaux et paramédicaux, d'aides et d'attentions médicales ou psychologiques, il est indispensable de proposer une prise en charge impliquant une délégation de soins au patient ». (11) Le patient est responsable, en grande partie, du processus thérapeutique visant à l'amélioration ou au maintien d'un bon état de santé. Or, il est fréquent de constater que les patients ne respectent pas toujours les conseils qui leur ont été donnés, ou qu'ils n'utilisent pas correctement la thérapeutique qui leur a été prescrite. Cela pose donc le problème de l'observance thérapeutique.

1. DEFINIR L'OBSERVANCE

L'observance est définie par l'OMS comme : « le degré auquel le patient conforme son comportement aux recommandations d'un professionnel de santé». (39) Ces recommandations concernent aussi bien : « une prise de médicaments, que le suivi d'un régime alimentaire, ou la modification du rythme de vie ». (39)

L'observance évalue donc dans quelle mesure le patient agit conformément aux recommandations médicales qui lui sont données. C'est pourquoi, il est possible de quantifier l'observance par un pourcentage variant de 0 (le patient est non-observant) à 100% (le patient est totalement observant). Mais ce phénomène d'observance – ou de non observance – est un phénomène variable graduellement plutôt que de type « tout ou rien », de sorte que les patients ne sont pas classables en « observants » ou « non-observants » mais plutôt susceptibles de varier dans leur observance de 0 à 100%. (11). Reach définit l'observance comme un continuum, à savoir que : « la plupart des patients ne sont ni complètements observants, ni complètement non-observants » (30). Ainsi, concernant la prise de médicaments, il existe un continuum entre observance et non-observance dans lequel Reach distingue six comportements :

- Prise sans oubli,
- Erreurs dans les horaires mais pas d'oubli,
- Quelques oublis,
- Vacances occasionnelles de médicaments (absence de prise pendant plus de trois jours),
- Vacances au moins une fois par mois,
- Prises rares ou inexistantes. (30)

2. QUANTIFIER L'OBSERVANCE

Falvo remarque que « malgré le fait que l'information médicale soit plus nombreuse et accessible qu'avant, que la culture de santé ait progressé, et que les diagnostics et les traitements soient plus efficaces, certains cas qui auraient pu être traités ou prévenus ont augmenté la morbidité et la mortalité de la pathologie » (13)

Il existe de nombreuses études sur l'observance et ses conséquences. Ces études comparent l'observance aussi bien en fonction des pays, que des pathologies ou des individus.

A titre d'exemple, le rapport de l'OMS sur l'observance évalue que dans le cas de pathologies chroniques, l'observance moyenne n'est que de l'ordre de 50% dans les pays développés, et encore inférieure dans les pays émergents. (39) En 2003, un rapport de l'OMS mentionne que le taux d'observance d'un traitement antihypertenseur varie suivant les pays : il est de 51% pour les Etats Unis, 43% pour la Chine, 27% pour la Gambie et 26% pour les Seychelles. (39)

Certaines études concernent des pathologies chroniques précises. Par exemple, dans le cas du diabète de type 2, une méta-analyse indique que l'observance peut varier de 36 à 96 % (9).

Une autre étude montre qu'en Amérique du Nord, Australie et Angleterre, de 6 à 44 % des patients souffrant d'asthme ne prennent pas leur traitement correctement. (39) Vervloet rapporte que dans l'étude européenne sur l'observance des traitements, la médiane générale est inférieure à 70% (53)

Quand aux études sur les pathologies dépressives une étude en Angleterre a montré que deux tiers des patients n'ont pas renouvelé leur ordonnance ; et une autre en Californie, qu'environ 32 à 42 % de patients n'ont pas renouvelé ce traitement. (39)

Enfin, une étude aux Etats Unis, a évalué que 75% des patients traités pour un diabète de type 2 prenaient correctement leur traitement. L'étude a montré qu'environ 37 à 52 % des patients suivaient un régime adapté à leur pathologie. (39)

Les études présentées ici montrent que les taux d'observance sont très variables suivant la zone géographique, mais également selon la pathologie suivie. Les patients présentant les taux d'observance les plus faibles s'exposent donc davantage à des risques pour leur santé.

3. CONSEQUENCES DU MANQUE D'OBSERVANCE

La mauvaise observance d'un traitement peut avoir des conséquences graves sur la santé du patient. A l'officine, trois problèmes liés aux substances actives sont en relation directe avec la non observance :

- Prendre ou recevoir une dose insuffisante d'un médicament adéquat.
- Prendre ou recevoir une dose excessive d'un médicament adéquat.
- Ne pas prendre ou ne pas recevoir le médicament prescrit.

Par ailleurs, la non-observance provoque une augmentation de la durée des soins et de l'hospitalisation, une augmentation de la fréquence des visites (tant chez le médecin généraliste que chez le spécialiste), une aggravation de la pathologie, voire le décès du patient. (29) Dans des maladies comme la tuberculose ou le SIDA, une faible observance est souvent la cause d'échecs thérapeutiques, de rechutes, voire d'une augmentation de la résistance de certaines bactéries ou virus. (14) Du point de vue économique, les conséquences de la non-observance (hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, diagnostics, traitements, etc.) entrainent un surcoût des dépenses de santé. Vermeire *et al.* ont estimé, en 2001, que le coût global de la non-observance aux Etats-Unis s'élevait à 100 millions de dollars. (35)

4. AGIR SUR LA NON-OBSERVANCE : UN ENJEU ETHIQUE ET ECONOMIQUE

Le rapport « Pour une politique nationale d'éducation du patient », remis au Ministère de la Santé en septembre 2008, place l'observance comme « un des principaux enjeux du soin. Pour deux raisons essentiellement : parce que l'efficacité thérapeutique est mise à mal par l'interruption des traitements et parce que dans un contexte économique tendu

sur la dépense de santé, l'exigence de bon usage d'un traitement est de plus en plus recherchée » (33).

Toutes les pathologies sont impliquées par le problème de l'observance, que celles-ci soient aiguës (par exemple, l'arrêt d'un traitement antibiotique dès la disparition des symptômes) ou chroniques, bien que ce soit surtout dans le cadre de ces dernières que l'on observe le phénomène (30).

Mais que peuvent les pharmaciens pour encourager et accompagner leurs patients dans l'observance ? Quels patients sont susceptibles d'être « non-observants » ?

Les études menées sur l'observance montrent qu'il n'existe pas de profil psychologique particulier qui explique la plus ou moins bonne observance. Certains auteurs considèrent même que chaque patient peut être potentiellement « non observant » à un moment ou un autre. De ce point de vue, chaque situation doit être abordée individuellement, au regard du risque de non-observance pour un patient particulier, dans une situation particulière.

41. Dépister la non-observance

Dépister la non-observance est une tâche difficile : il existe des méthodes directes ou indirectes pour la dépister. Les méthodes directes telles que le dosage des principes actifs dans l'urine ou le sang ou d'autres indicateurs cliniques sont les meilleurs témoins de suivi. Mais la difficulté de mise en place sur une grande échelle, la variabilité inter-individuelle des résultats, le coût et la coopération du patient rendent ces méthodes le plus souvent impraticables.

Les méthodes indirectes consistent à décompter les doses restantes, les renouvellements de prescriptions, mesurer les résultats thérapeutiques ou utiliser des autoquestionnaires.

La méthode la plus utilisée consiste à interroger les patients sur la manière dont ils considèrent qu'ils prennent leurs comprimés. Plusieurs études ont montré que les résultats sont fiables lorsque les patients déclarent ne pas être observants, mais que

lorsqu'ils déclarent prendre les comprimés de la façon prescrite, il y a davantage de discordance avec les données de mesures objectives. Certains questionnaires simples ont été validés, comme par exemple le questionnaire de Girerd dans l'hypertension artérielle. (Cf. annexe 2 page 106) L'assurance maladie propose également des fiches d'évaluation de l'observance. (Cf. annexe 3 page 107).

Le décompte des doses et le décompte des renouvellements permettent également d'évaluer l'observance. Cependant ces méthodes présentent des biais : le patient peut stocker des médicaments, fréquenter d'autres pharmacies, ou modifier les prises sur avis de son médecin.

La non-observance peut également être dépistée par la suite de l'observation d'une médiocre réponse du patient au traitement ou de la survenue d'effets secondaires.

Enfin le dialogue permet de dépister la non-observance. Rantucci recommande ainsi « l'utilisation de questions ouvertes, d'un sondage courtois, fait avec un esprit ouvert et en aucun cas inquisiteur qui aideront à déterminer la non-observance ». (29)

42. Facteurs influençant le degré d'observance

Les causes de non observance sont multiples. Les principaux facteurs de non-observance sont liés à la perception des patients, à la nature de la communication entre le professionnel de santé et le patient, à des éléments comportementaux, ou encore aux caractéristiques de la maladie ou du traitement.

La perception qu'a le patient de sa maladie peut influencer favorablement ou au contraire perturber l'observance. Les patients qui considèrent leur pathologie comme sérieuse sont, de fait, plus observants que les patients qui ne considèrent pas leur pathologie comme sérieuse ou qui nient le problème. Dans le cas de polypathologies, les patients peuvent également mettre en place un système de « classement » selon la gravité de la maladie. Selon leurs croyances, certaines maladies plus graves que d'autres nécessitent une plus grande attention.

Parallèlement, le risque d'apparition de problèmes à court terme, lorsque le traitement n'est pas pris, est une incitation à l'observance. En revanche, les patients qui risquent de développer des complications seulement sur le long terme risquent d'être moins observants. Il en va de même pour la perception « physique » des symptômes. La crainte de l'apparition de manifestations physiques des symptômes favorise davantage l'observance que dans le cas de pathologies silencieuses (hypertension par exemple).

Un deuxième facteur propre au patient est la perception de l'efficacité du traitement. Si le patient n'est pas convaincu de l'efficacité du traitement, le risque de non-observance est accru. Si le patient ne perçoit pas d'effet bénéfique ou d'amélioration thérapeutique, il peut remettre en cause l'intérêt des soins, et modifier, voire arrêter la prise de la thérapeutique. Ce risque est surtout important avec des molécules dont les manifestations thérapeutiques ne se mettent en place qu'au bout de quelques semaines, ou dont les manifestations thérapeutiques ne sont pas perceptibles pour le patient. (29)

Certains patients peuvent également effectuer une sorte de balance entre les bénéfices et les contraintes du traitement. Les croyances et les idées des patients peuvent les amener à se préoccuper des problèmes de dépendance ou de conséquences à long terme. Même si le patient est convaincu de la nécessité du traitement, ces éléments peuvent l'amener à réfléchir sur la poursuite de la thérapeutique.

L'observance est un phénomène multidimensionnel, déterminé par cinq types de facteurs. L'OMS a défini cinq types ou dimensions dans lesquels il existe des facteurs pouvant influencer l'observance. Ces cinq dimensions sont les facteurs liés au patient, les facteurs liés à la maladie, les facteurs liés au traitement, les facteurs liés au système de soins et les facteurs socio économiques. (39)

Le tableau 1 présente ces cinq types de facteurs.

FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES
- Statut socio-économique du patient : pauvreté, illettrisme, chômage, isolement social et / ou éloignement des structures de soin - Représentation ethnique ou culturelle de la maladie / du traitement entrant en conflit avec les recommandations médicales - Priorités concurrentes
FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SOIN
- Relations entre le patient et l'équipe soignante - Offre de soins adaptée aux malades : capacités de diagnostic, de traitement, de formation du personnel suffisante - Remboursement des soins proposé par un système d'assurance maladie
FACTEURS LIES AU PATIENT
- Connaissances sur la maladie - Capacité à modifier ses comportements pour gérer sa maladie - Attentes par rapport aux résultats du traitement - Niveau de motivation - Peur des effets secondaires liés aux traitements - Déni de la maladie - Perception du risque pour sa propre santé - Perception des effets du traitement - Crainte de la dépendance - Compréhension des instructions de traitement
FACTEURS LIES A LA MALADIE
- Durée de la maladie - Type et gravité des symptômes - Niveau d'invalidité - Evolution de la maladie et des symptômes
FACTEURS LIES AU TRAITEMENT
- Complexité du traitement - Durée du traitement - Commodité - Présence d'effets indésirables - Délai d'action

Tableau 1 : Principaux facteurs pouvant influencer l'observance. D'après (1, 39)

43. Aider les patients dans l'observance des traitements

En analysant les raisons d'observance et les obstacles à l'observance, Rantucci observe trois aspects sur lesquels l'attention du pharmacie devrait être portée pour prévenir la non-observance potentielle : la communication avec le patient, la dispense d'informations, et les stratégies de prévention. (29)

Le rapport de l'OMS rappelle d'ailleurs le rôle clé du pharmacien dans la gestion des problèmes d'observance. Considéré comme le professionnel de santé le plus accessible, le rôle du pharmacien est double. Il aide les patients à utiliser au mieux la thérapeutique, et ainsi améliorer leur qualité de vie, et il détecte les problèmes pour y apporter des solutions, en collaboration avec les autres professionnels de santé. (39)

431. La communication avec le patient

Ainsi, Rantucci estime que, « pour prévenir la non-observance, il doit exister une communication entre le pharmacien et le patient. Engager le dialogue permet d'établir une relation avec le patient. La communication doit ensuite s'approfondir pour permettre au pharmacien de réunir les informations appropriées, en déterminant les méthodes de prévention et en les mettant en application ». (29)

Cependant différents aspects de la communication peuvent contribuer à prévenir la non observance. Le tableau 2 présente les différents aspects de la communication pour prévenir la non observance.

ELEMENT DE COMMUNICATION	METHODES DE PREVENTION DE LA NON-OBSERVANCE
Tonalité de la communication	- Le ton employé par le soignant n'est ni méprisant, ni effrayant, ni menaçant. - Le soignant s'efforce de convaincre le patient que l'observance est dans son propre intérêt. - Il ne faut pas effrayer le patient à propos des éventuels effets indésirables, ni le menacer des risques liés à la non-observance.
Nature de la communication	- Il s'agit d'un dialogue avec le patient, tout autant que d'une présentation de l'information. - Le patient doit être impliqué autant que possible dans dans la relation et les décisions concernant l'usage des médicaments (moment de prises ou formes galéniques préférentielles, par exemple)
Contenu de la communication	- Le soignant s'informe sur le vécu du patient au regard de l'utilisation des traitements. Cela permet d'identifier les éventuels problèmes, et d'identifier les informations et stratégies comportementales les plus profitables à ce patient. - Il convient d'identifier quelles sont les perceptions du patient en terme de coûts-bénéfices (le patient perçoit-il plus d'avantages que d'inconvénients au traitement ?) - Le soignant peut questionne directement le patient sur les difficultés éventuelles du traitement. - Le pharmacien fait face aux malentendus et croyances en approfondissant le dialogue et en dispensant de l'information.
Fréquence de la communication	- Le professionnel de santé envisage la communication future. - Il propose au patient de téléphoner pour discuter de tout problème qui pourrait survenir. - Lors du renouvellement, le soignant recherche les changements possibles de perceptions ou de croyances liées au traitement ou à la maladie.
Méthode de communication	- Une combinaison de communication verbale et écrite est préférée par les patients. - Le professionnel de santé évite l'utilisation du jargon, difficilement compréhensible. - Le soignant accorde sa propre attitude au langage du patient et à son niveau d'éducation

Tableau 2 : Suggestions de communication pour prévenir la non observance. D'après (29)

432. La dispense d'informations

« Donner simplement des renseignements sur l'utilisation du médicament est d'une efficacité limitée. Bien qu'une information exacte et des consignes claires soient évidemment essentielles, elles ne sont pas suffisantes pour encourager l'observance » (29). D'Ivernois et Gagnayre remarquent également « qu'informer, conseiller ne suffisent pas à rendre le patient compétent. » (11) « Cependant, dispenser de l'information peut modifier en partie les croyances et les attitudes, ce qui peut indirectement avoir un effet sur l'observance. » (29)

Un certain nombre de facteurs concernant la dispensation de l'information sont importants pour prévenir la non-observance. Il s'agit notamment de la force de persuasion de la communication, l'information concernant le mode d'emploi, la pathologie et le mode d'action du traitement, et les éventuels effets secondaires ou encore la qualité et la quantité d'informations.

433. Les stratégies pour prévenir la non-observance

Plusieurs pistes existent pour prévenir les problèmes d'observance.

4331. Les aides à l'observance

Les aides à l'observance comprennent tous les outils qui permettent au patient de se rappeler des modalités de prise. Ces aides se présentent sous des formes variées : on y trouve notamment les piluliers et les semainiers (Cf. figure 1 & 2), les fiches récapitulatives ou à cocher (Cf. tableau 3), les alertes par e-mail, téléphone ou SMS et les dispositifs électroniques. (16) Ces derniers se présentent sous la forme de piluliers électroniques (Cf. figure 3), de montres munies d'alarmes (Cf. figure 4) ou encore d'applications pour téléphone portable (Cf. figure 5), qui permettent à l'utilisateur de se rappeler les moments de prise des médicaments. (13)

Mais, Falvo remarque que « si ces appareils sont utiles pour les patients qui oublient de prendre leur traitement, ils ne répondent pas à la variété de problèmes d'observance qui

existent. » Parallèlement, elle note que « les patients qui oublient de prendre leur traitement peuvent oublier d'utiliser ou de programmer leur appareil ». (13) L'auteure conseille d'ailleurs l'utilisation de ces appareils électroniques « dans le cas d'un besoin spécifique du patient et dans le cadre d'une collaboration entre patient et soignant ». (13)

Figure 1 : Exemple de modèle de pilulier journalier (56)

Figure 2 : Exemple de modèle de pilulier mensuel (57)

	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
Médicament X				
Médicament Y				
Médicament Z				

Tableau 3 : Exemple de tableau aide-mémoire à fournir au patient

Figure 3 : Exemple de différents modèles de piluliers électroniques programmables (58, 59)

Figure 4 : Exemple de montre utilisée pour programmer des alarmes de prise (60)

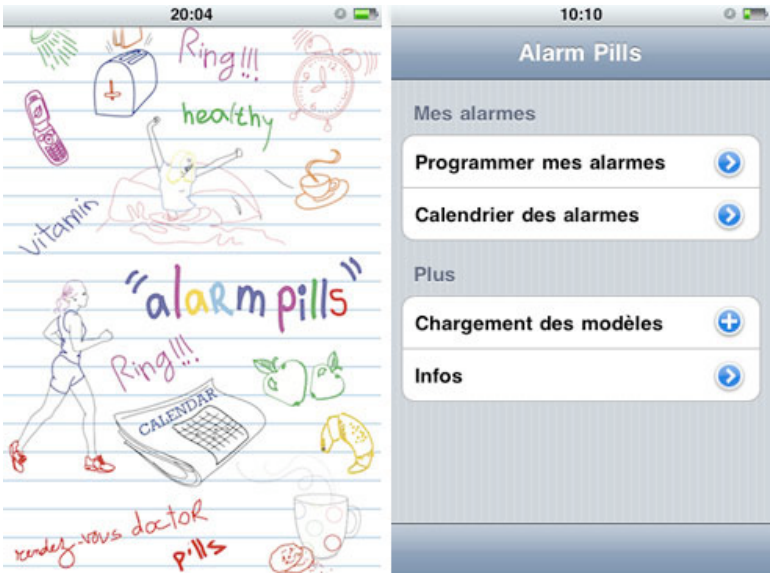

Figure 5 : Exemple d'application pour téléphone portable utilisée pour programmer des alarmes de prise (61)

4332. L'augmentation de la surveillance

Rantucci rappelle que « raccourcir les intervalles entre les renouvellements de prescriptions peut être un moyen d'améliorer l'observance, en permettant au pharmacien de superviser l'utilisation des médicaments et d'en discuter avec le patient. » (29) Elle précise également que cette démarche « rend possible le dépistage des problèmes qui contribuent à la non-observance, tels que l'apparition d'effets secondaires, de changements dans l'environnement social, des modifications dans les attitudes et les croyances. » (29)

A domicile, la « surveillance » du malade peut être réalisée par l'infirmière, l'aide ménagère ou l'assistante de vie à domicile qui peuvent intervenir pour la prise des traitements. Mais la famille peut également être impliquée dans cette démarche.

4333. L'implication des soutiens

Le soignant peut, en effet, impliquer les proches du malade dans la prévention de la non-observance, comme, par exemple, pour rappeler les horaires de prise du traitement, mais aussi l'intérêt et les bénéfices attendus de celui-ci. Il s'agit, la plupart du temps, « d'engager le soutien du conjoint, des membres de la famille ou d'autres membres, comme ceux d'un réseau de soutien », par exemple. (29) Cependant, Rantucci met en garde le risque qui peut exister lorsque ces soutiens « ont des points de vue négatifs sur le traitement, ou sur la maladie » et de ce fait devenir eux-mêmes une source de non-observance. (29)

4334. La modification du plan de prise

Les protocoles de soins impliquant des prises de traitement nombreuses et fréquentes augmentent le risque de non observance. Rantucci suggère au pharmacien de « recommander au médecin de modifier le protocole d'administration ou la forme d'utilisation en choisissant, par exemple, des médicaments à libération prolongée » (29), afin de limiter le nombre de prises et le risque d'erreur.

4335. Les contrats

Les « contrats » entre patients et soignants peuvent être représentés par « un engagement formalisé de la part du patient». (29) Cet engagement délimite quelle est la conduite à tenir, et quels sont les comportements qui favorisent cette conduite. (13) Rantucci note que cette méthode par « contrat » peut être possible « dans les situations où d'autres méthodes ont été essayées sans succès ». (29) Falvo note, elle aussi, que cette démarche n'est possible qu'avec certains patients, et que « l'efficacité peut être variable selon les individus. » (13)

4336. Les programmes d'auto-surveillance

Certaines pathologies, impliquent, pour le patient, d'adapter les posologies des traitements en fonction des besoins. C'est le cas, par exemple, du diabète, où le patient doit ajuster son traitement en fonction des résultats de la glycémie. Ainsi, c'est le contrôle du patient sur ses propres résultats qui permet l'adaptation des doses. Cela permet de limiter le risque d'une prise excessive ou insuffisante de traitement et, par extension, de réduire l'apparition de symptômes ou d'effets secondaires.

CHAPITRE 2 : LES FACTEURS INFLUENCANT LE COMPORTEMENT DU PATIENT

Dans le premier chapitre, nous avons mis en évidence le problème que représente l'observance du traitement pour une partie des patients. La permanence de soins qu'exigent certains états pathologiques nécessite forcément une délégation d'une partie des compétences et des connaissances de l'équipe soignante vers le patient.

Ce transfert de savoirs présente un avantage : le patient, acteur de sa propre santé, est capable de prendre certaines décisions dans la gestion de son traitement au quotidien. Il bénéficie d'une plus grande autonomie. Mais cela implique quelques changements chez le patient et dans sa manière de gérer la maladie. Comme le soulignent d'Ivernois et Gagnayre, « le patient devra sortir d'un état traditionnel de dépendance et de passivité qui lui offre, par certains côtés, plusieurs bénéfices : refus de savoir, refus de responsabilité, maintien par la désobéissance d'un espace de liberté caractéristique d'une relation infantile au soignant. ». (11)

Mais ce transfert de savoirs présente également un inconvénient. L'autonomie acquise, la maîtrise relative du patient sur son traitement peuvent, nous venons de le voir, conduire à des problèmes d'observance. En effet, le patient est libre de décider de tenir compte –ou d'ignorer - les conseils et la thérapeutique donnés. Celui-ci peut ne pas utiliser les médicaments correctement, et ce pour diverses raisons.

Pour le professionnel de santé, savoir quelles sont ces raisons, et pourquoi le patient agit contre les conseils qui ont été donnés, permet de diminuer ou de prévenir les comportements de non-observance. C'est pourquoi, ce deuxième chapitre propose d'aider le pharmacien à comprendre son patient : savoir qui il est, quels sont ses besoins, ses motivations, ou encore ses croyances. C'est cette connaissance du patient qui permettra, dans la suite logique d'un programme pédagogique, de proposer un apprentissage personnalisé, en définissant quelles informations, quelles compétences transmettre, et de quelle manière.

1. IDENTIFIER LES BESOINS

Tous les êtres humains ont en commun certains besoins qui doivent être satisfaits, comme, par exemple, le besoin de se nourrir, de respirer, de se protéger de l'environnement extérieur ou d'être reconnu de ses pairs. Certains de ces besoins sont plus pressants que d'autres et il convient d'y répondre en suivant un ordre de priorités. « Toutefois, dès qu'un besoin essentiel est satisfait, un besoin d'ordre supérieur surgit ». (8)

11. La pyramide de Maslow

Abraham Marslow, psychologue américain, a expliqué dans son ouvrage publié en 1943, « *The theory of human motivation* », que les besoins qui motivent les comportements peuvent être classés par ordre hiérarchique. (24) Cette hiérarchie est représentée sous la forme d'une pyramide, dénommée : « pyramide des besoins de Maslow » (Cf. figure 6). Cette pyramide classe les besoins selon cinq niveaux.

12. Les cinq besoins hiérarchiques

Les différents niveaux de besoin sont hiérarchisés de la manière suivante :

- **Les besoins physiologiques** sont à la base de la pyramide. Ils concernent les besoins directement liés à la survie de l'individu, comme se nourrir, respirer, dormir, maintenir l'homéostasie de l'organisme.
- **Les besoins de sécurité** constituent le deuxième niveau de la pyramide. Ils concernent tous les besoins de protection, qu'ils soient physiques ou moraux. Se protéger du froid, de l'environnement extérieur, avoir des revenus, être en bonne santé font partie des besoins de sécurité.

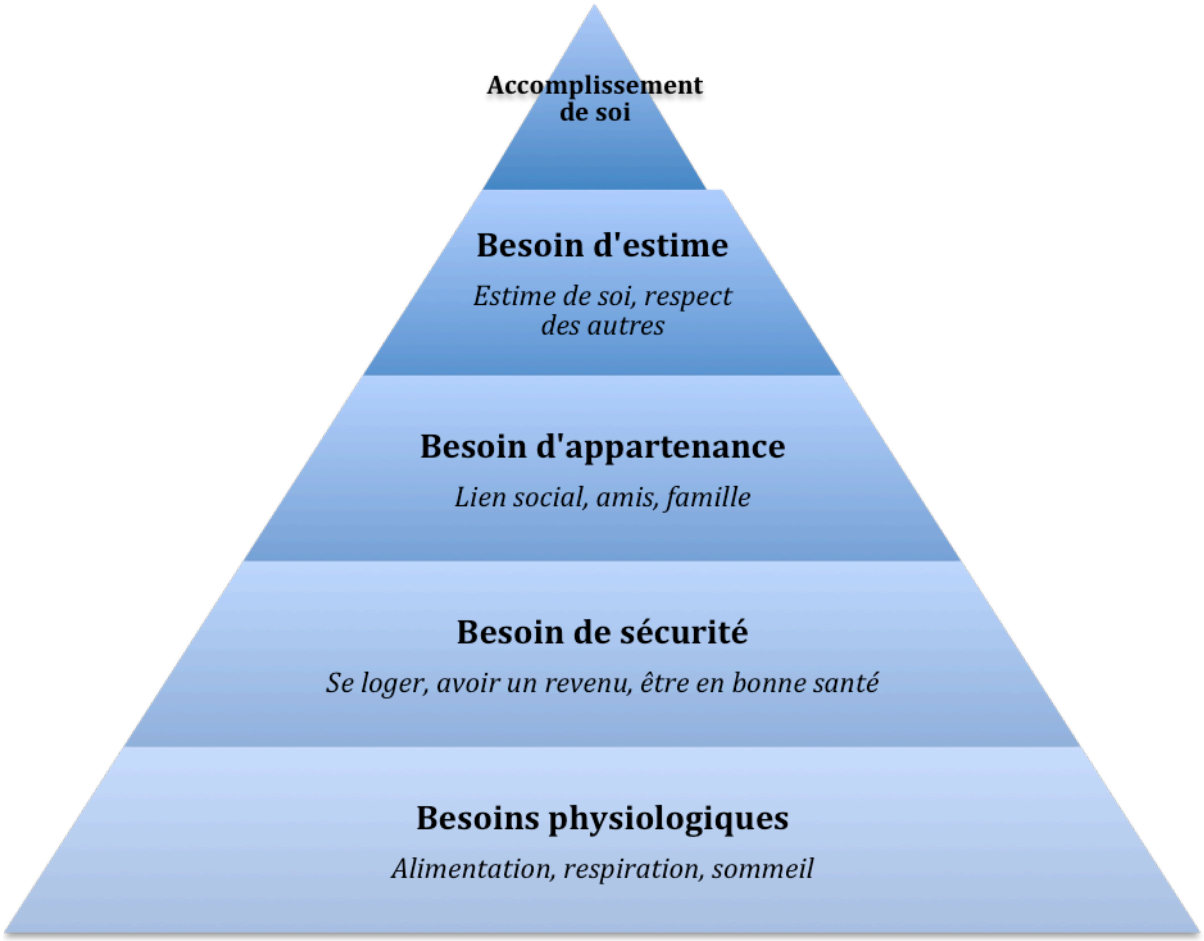

Figure 6 : La pyramide des besoins selon Maslow. D'après (8, 24)

- **Le besoin d'affection, d'appartenance** est le troisième niveau de la pyramide. Ces besoins concernent la création d'un lien social avec d'autres individus. Avoir des amis, aimer et être aimé, avoir un conjoint, des enfants, former un groupe, font partie des besoins d'appartenance.
- **Le besoin d'estime** est le quatrième niveau de la pyramide. Il concerne autant le besoin d'estime de soi, que d'estime des autres. Avoir confiance en soi, être reconnu et respecté et respecter les autres, exprimer ses idées, font partie des besoins d'estime.
- **L'accomplissement de soi** représente le sommet de la pyramide. L'implication de soi dans des activités plaisantes, l'épanouissement personnel, la réalisation de projets personnels font partie des besoins d'accomplissement de soi.

Maslow définit cette hiérarchie comme étant dynamique. C'est à dire qu'un individu ne reste pas figé dans un niveau de hiérarchie, mais passe d'un niveau à l'autre suivant les conditions dans lesquelles il se trouve. Maslow précise également qu'un individu qui n'a que partiellement réalisé un niveau de besoin particulier peut voir apparaître un besoin dans le niveau hiérarchique supérieur. (24)

A l'officine, patient et pharmacien éprouvent chacun des besoins. Durant un échange, chaque individu essaiera de satisfaire ses besoins. Par exemple, la tentative d'un patient de satisfaire un besoin physiologique peut l'amener à demander une ordonnance d'antalgique en urgence pour soulager une douleur, à un moment où le besoin de réalisation professionnelle du pharmacien l'amènera peut être à discuter longuement du médicament avec le patient, sans tenir compte de cette douleur. Il peut en résulter une frustration pour les deux parties, à moins que le pharmacien ne reconnaisse les besoins du patient et ne s'efforce de trouver une façon de satisfaire les besoins des deux protagonistes. (29)

2. IDENTIFIER LES MOTIVATIONS DU PATIENT

Pourquoi le patient prend-il la décision de consulter son médecin ? Pourquoi décide-t-il de se rendre à la pharmacie pour se procurer le traitement dont il a besoin ou pour demander des conseils ? Nous venons de le voir, lorsqu'un besoin devient prioritaire, voire vital, tout individu cherche à y répondre. Maslow a émis la théorie qu'à la source de tout comportement se trouve une motivation. (24) Mais qu'est-ce que la motivation ?

21. Définir la motivation

La motivation est définie par Redman comme « un processus psychologique et physiologique qui est responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement ». (31) Pour Falvo, la motivation, du point de vue du soignant, consiste à comprendre « comment améliorer, chez le patient, sa capacité à suivre les recommandations qui lui sont données. » (13)

La motivation est donc très importante dans la mise en place et la poursuite d'un traitement, puisqu'elle conditionne le comportement adopté par le patient. Si ce dernier connaît et reconnaît sa maladie et comprend l'intérêt du traitement, il paraît logique que sa motivation soit maximale. A l'inverse, si celui-ci ne se sent pas concerné par le problème, s'il ne perçoit pas l'intérêt ou les bénéfices du traitement, sa motivation sera faible. Pour d'Ivernois et Gagnayre, « la motivation est la source d'énergie alimentant l'apprentissage. Elle n'est mise en jeu que si l'apprenant est convaincu que ce qu'il doit apprendre a de la valeur et a une signification pour lui. » (11)

Nous allons voir que de nombreux facteurs sont susceptibles de modifier la motivation.

22. Facteurs influençant la motivation

Qu'est-ce qui motive le patient à apprendre ? C'est avant tout le ressenti d'un besoin de savoir. Falvo observe que « le processus d'apprentissage débute, la plupart du temps, par l'identification d'un besoin d'acquérir des connaissances et / ou des compétences ». (13)

Ainsi, au cours du traitement, la motivation du patient à se soigner risque d'être influencée par différents facteurs. En effet, le degré de motivation résulte d'éléments positifs et négatifs. Autrement dit, si le patient perçoit plus de coûts ou de sacrifices, (modification des habitudes de vie, apparition d'effets secondaires ou handicap) que de bénéfices (soulagement des symptômes ou plaisir personnel et/ou des proches), sa motivation à se soigner risque d'être faible.

Ces facteurs sont multiples et peuvent dépendre du patient lui-même, du soignant, de la relation qui existe entre les deux, du plan de traitement ou encore de l'environnement du patient.

Le tableau 4 présente les différents facteurs qui influencent la motivation. Les facteurs liés au patient ne sont pas présentés dans ce tableau et feront l'objet d'un chapitre spécifique.

FACTEURS LIES AU PLAN DE TRAITEMENT :
- Complexité du plan de traitement et de la posologie (horaires de prise, quantité de prise à utiliser) - Durée du traitement - Apparition d'effets positifs évidents et immédiatement ressentis - Absence d'effets négatifs (effets secondaires, modification du mode de vie, coût pécunier)
FACTEURS LIES A L'ENTOURAGE ET L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT
- Facteurs familiaux (responsabilités par rapport aux proches) - Facteurs sociaux (responsabilités professionnelles)
FACTEURS LIES AU SOIGNANT
- Degré de motivation et de conviction du soignant (expérience personnelle et/ou professionnelle, état émotionnel, sentiment de compétence et compétence réelle) - Préjugés et contre-attitudes (sentiments émotionnels pouvant provoquer le désinvestissement ou le rejet du patient)
FACTEURS LIES A LA RELATION SOIGNANT-PATIENT
- Respect, des croyances, des attentes et des préférences du patient dans l'établissement du plan thérapeutique - Vérification de la compréhension par le patient du plan thérapeutique - Implication du patient dans la négociation du plan thérapeutique - Influence du soutien des proches ou des pairs (tels que groupes de patients) - Réévaluation régulière de l'observance

Tableau 4 : Facteurs influençant la motivation du patient. D'après (32).

Malheureusement, les recommandations du médecin et les mesures de prévention suggérées ne suffisent généralement pas à motiver un patient, et n'apparaissent pas toujours pertinentes aux yeux de ce dernier. (32).

Plusieurs modèles fournissent des éléments de réponse quant au problème de la motivation de certains patients. Richard et Lussier envisagent trois modèles pour expliquer ces problèmes de motivation. (32)

Dans le cas de problèmes courants en médecine ambulatoire, ils suggèrent de se référer au modèle des croyances de santé.

Dans le cas de maladies graves ou chroniques, ils proposent de se référer au modèle des stades d'acceptation de la maladie pour comprendre ce qui empêche le patient d'adhérer au plan thérapeutique.

Dans le cas de changements de comportements ou d'habitudes de vie, les auteurs envisagent le modèle du stade de changement de comportement. Cela permet d'adapter les interventions de l'équipe soignante au stade du changement de comportement dans lequel se trouve le patient.

Nous allons maintenant envisager ces trois modèles.

23. Trois modèles pour expliquer les problèmes de motivation

231. Le modèle des croyances de santé

Au comptoir, certains patients émettent des informations incorrectes, non vérifiées, voire complètement fausses qu'ils pensent pourtant être exactes. C'est ce que l'on appelle, en psychologie, une croyance.

La croyance se définit donc comme le fait de tenir quelque chose pour vrai, et ceci indépendamment des preuves de sa réalité, de son existence ou de sa possibilité. Dans le domaine de la santé, les croyances sont les représentations que le patient se fait de sa maladie, de son traitement, de sa vulnérabilité, de sa capacité à se soigner ou du pouvoir réel de la médecine à changer le cours des choses. Les croyances sur la maladie concernent sa cause, sa durée et sa curabilité. (11)

Chaque individu entretient des croyances qui le conduisent à émettre des hypothèses qui lui permettent d'agir. Ces hypothèses seront ensuite vérifiées ou rejetées par rapport aux informations apportées par l'environnement (ce que l'on appelle le feedback). Les croyances ne sont donc pas immuables. Si certaines sont fortement ancrées, d'autres peuvent se créer, disparaître ou évoluer. (32)

Une représentation, quant à elle, désigne un ensemble de croyances inter-reliées. Quand cette représentation est observée à un moment précis, on l'appelle alors représentation statique. Mais si on observe l'évolution d'une représentation sur un temps donné, on parle alors de représentation dynamique. Cette représentation dynamique implique tous les processus qui servent à la formation, au maintien et à l'évolution de la représentation.

Dans le système de santé, on désigne également par « représentation profane liée à la maladie », l'ensemble des croyances en rapport avec une pathologie. Ces croyances concernent aussi bien la maladie (telles que les causes, les symptômes, la durée) que les processus curatifs mis en place dans le traitement (tels que les médicaments utilisés, les comportements et attitudes favorisant la guérison).

Dans quelle mesure ces croyances et représentations peuvent-elles influer sur la motivation du patient à se soigner ?

Lorsque les représentations du patient et du soignant sur un sujet divergent, cela peut influer négativement sur la communication. Si le patient entretient une croyance qui va à l'encontre de la bonne gestion de son traitement, il peut en effet décider de modifier, voire d'arrêter ce même traitement.

Toute la difficulté est donc, pour le soignant, de réussir à identifier les croyances défavorables et apporter les informations susceptibles de changer les représentations du patient. Dans le cas de croyances fortement ancrées, il est très difficile au patient de les remettre en question.

Pour savoir comment aider le patient à modifier ses croyances, intéressons-nous d'abord au processus de genèse de ces croyances.

2311. La genèse des croyances

Comme nous venons de le voir, la croyance naît de l'appropriation d'une information par le patient. Pour appréhender l'univers qui l'entoure, l'esprit de l'individu met en place des systèmes de représentations, c'est à dire qu'il constitue des ensembles de croyances liées à un objet particulier. Ces systèmes de représentations, dans leur globalité, permettent d'assurer la cohérence des représentations.

La figure 7 présente la mise en place de ce système de représentation.

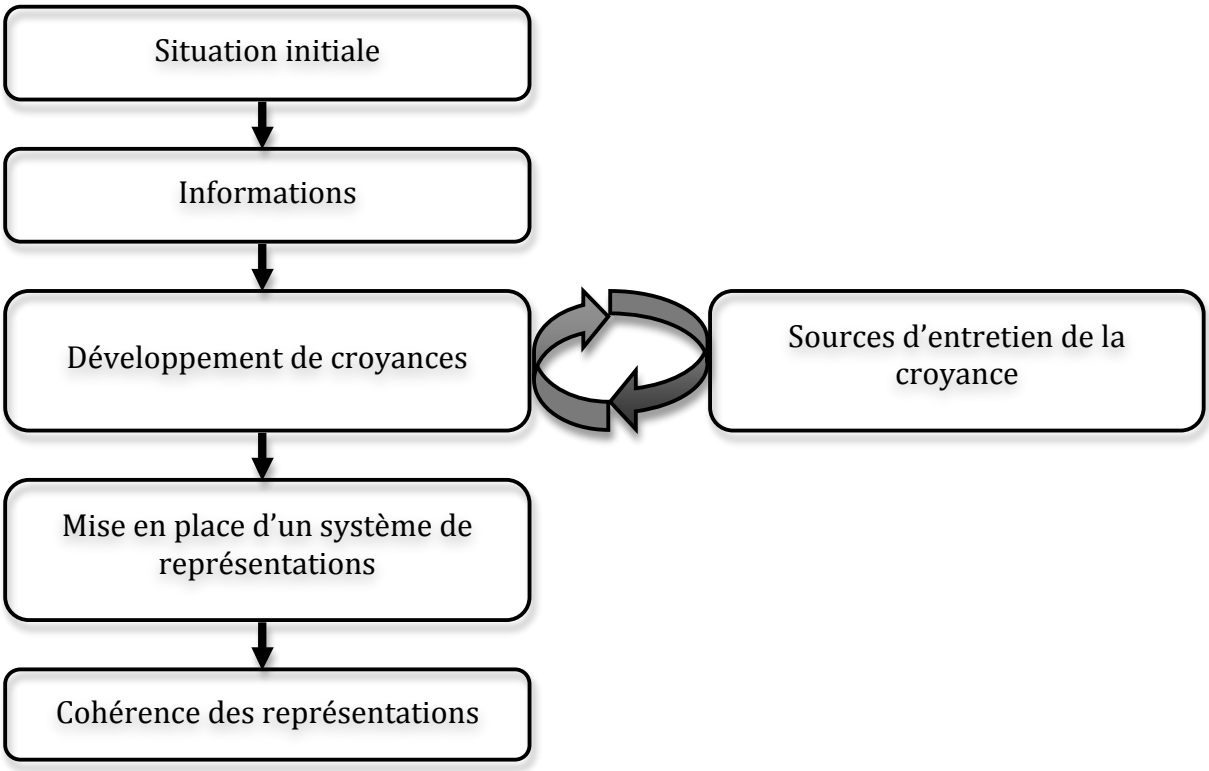

Figure 7 : Mise en place du système de représentation. D'après (32).

Richard et Lussier notent « qu'il existe trois sources d'informations principales qui alimentent les croyances :

- L'expérience directe avec l'objet de la croyance. Dans notre cas, il s'agit de la maladie, du traitement et des attitudes qui leur sont liées.
- La communication d'informations par une tierce personne. Il peut s'agir soit d'une personne physique (par exemple, les proches, les amis, les voisins, les professionnels de santé) ou d'un média (par exemple, la télévision, la radio, Internet).
- Le raisonnement. Le patient peut, par exemple, comparer sa maladie à d'autres pour en déterminer la gravité, ou la prévalence. (32)

L'information est intégrée par chacun de manière différente, suivant la situation ou le contexte. Cela implique que la même information ne génèrera pas la même croyance chez tous les individus.

2312. Intégrer de nouvelles informations et les comparer au système de représentations

L'intégration d'informations et la genèse des croyances ne constituent que la première étape du processus. Le système de représentations évolue de manière dynamique.

Chaque individu reçoit, pratiquement en permanence, de nombreuses informations, en provenance de l'environnement, de pairs ou de son propre organisme, parmi lesquelles il doit donc faire le tri. Pour cela, l'individu compare chaque nouvelle information par rapport à son propre système de représentation. S'il y a cohérence entre la nouvelle information et les représentations existantes, alors la nouvelle information sera intégrée et les croyances éventuellement modifiées ou renforcées. Mais si l'individu ne perçoit pas de cohérence entre la nouvelle information et les représentations existantes, il doit faire un choix : rejeter l'information, modifier son contenu pour la rendre cohérente avec ses représentations, ou modifier son système de représentation.

La figure 8 présente le processus d'intégration de nouvelles informations.

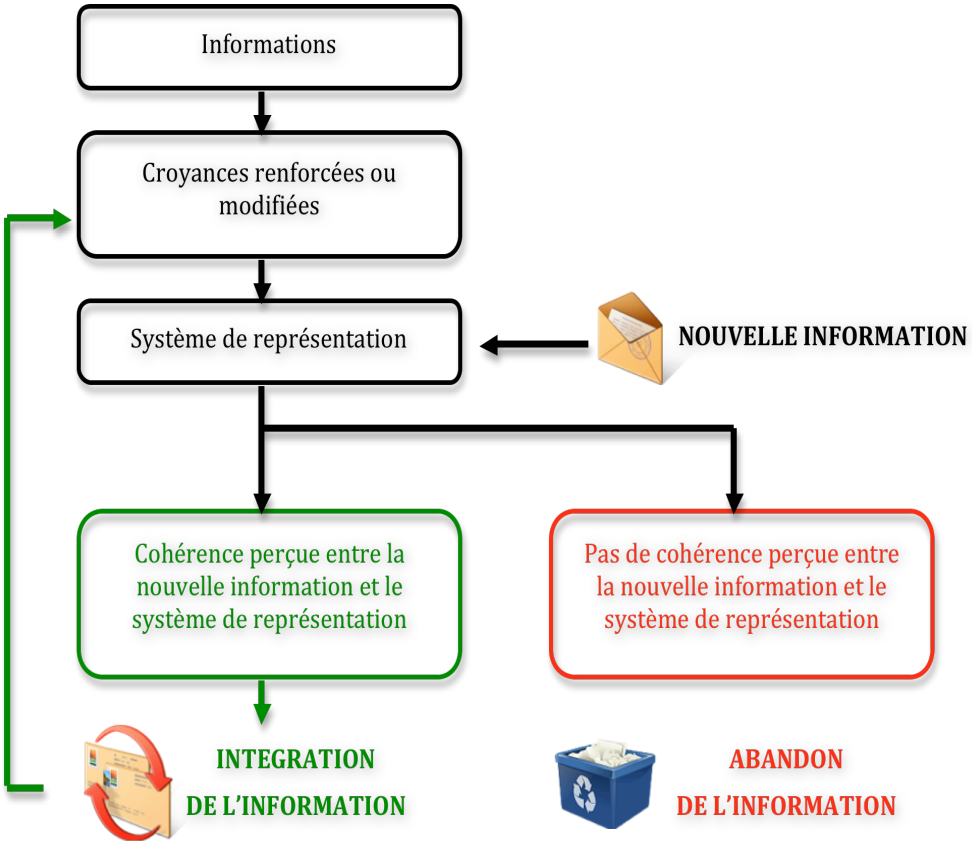
Informations
Croyances renforcées ou modifiées
Système de représentation
NOUVELLE INFORMATION
Cohérence perçue entre la nouvelle information et le système de représentation
Pas de cohérence perçue entre la nouvelle information et le système de représentation
INTEGRATION DE L'INFORMATION
ABANDON DE L'INFORMATION

Figure 8 : Processus d'intégration de nouvelles informations. D'après (32).

Chaque individu, qu'il soit professionnel de santé ou patient, possède son système de représentation avec ses croyances.

Le principal problème concerne les croyances qui peuvent aller à l'encontre d'une bonne continuité des soins. Il existe de nombreuses croyances « négatives » comme, par exemple, le refus d'utiliser les vaccins par peur de tomber malade, ou le fait d'arrêter la prise d'antalgiques par crainte de dépendance ou d'accoutumance. Modifier le système de représentation, et par la suite le comportement qu'adopte l'individu, est d'autant plus compliqué que la croyance est profondément ancrée, et qu'elle est soumise à l'influence des différentes sources d'information ou de considérations d'ordre religieux ou philosophique, par exemple.

A titre d'exemple, il n'est pas rare qu'un patient soit réticent à la prise de génériques. Pourquoi cette attitude ? Les patients affirment souvent « *qu'ils ont entendu que les génériques fonctionnaient moins bien* » ou que « *ce ne sont pas les mêmes que les vrais* ». Différentes sources telles que médias, proches, voisins, professionnels de santé, ont apporté et entretenu cette information qui a été intégrée au système de représentation.

Lorsque le pharmacien propose un générique, il peut y avoir conflit entre la nouvelle information et le système de représentation du patient. Comme la cohérence n'est pas perçue, l'information véhiculée par le pharmacien est rejetée, et le patient peut adopter une attitude de défense comme de la méfiance ou encore de la frustration voire de la colère. De même, chez le pharmacien, ce refus est comparé à son propre système de représentations. Encore une fois, s'il n'y a pas de cohérence entre l'information de refus et les représentations du pharmacien sur le générique, cela risque de générer chez lui de l'incompréhension, de la frustration voire de l'énervement. Le principal risque de cette situation est de dégrader la qualité de la communication, voire de générer un conflit, néfaste pour chacun des deux communicants.

Cependant, les croyances ne sont pas seulement un élément négatif dans la gestion d'un traitement. Certaines peuvent être un atout, puisqu'elles aident le patient à poursuivre le traitement. En favorisant la motivation du patient, elles permettent d'augmenter l'observance.

Il existe plusieurs représentations du médicament pour les patients. A titre d'exemple, l'annexe 4, page 108, présente quelques exemples de ces représentations.

2313. Le modèle des croyances de santé de Rosenstock

Dans quelle mesure les croyances peuvent-elles influencer les comportements de santé ? Depuis les années soixante, plusieurs auteurs ont étudié quels facteurs étaient responsables de l'apparition ou de l'évolution des comportements de santé et ont proposé plusieurs modèles.

Un des premiers modèles, qui reste encore couramment utilisé est le « *Health Belief Model* » - en français, « Modèle des Comportements de Santé » – proposé par Rosenstock en 1974. Ce modèle présente les divers facteurs psychosociaux qui déterminent l'observance. (Cf. figure 9)

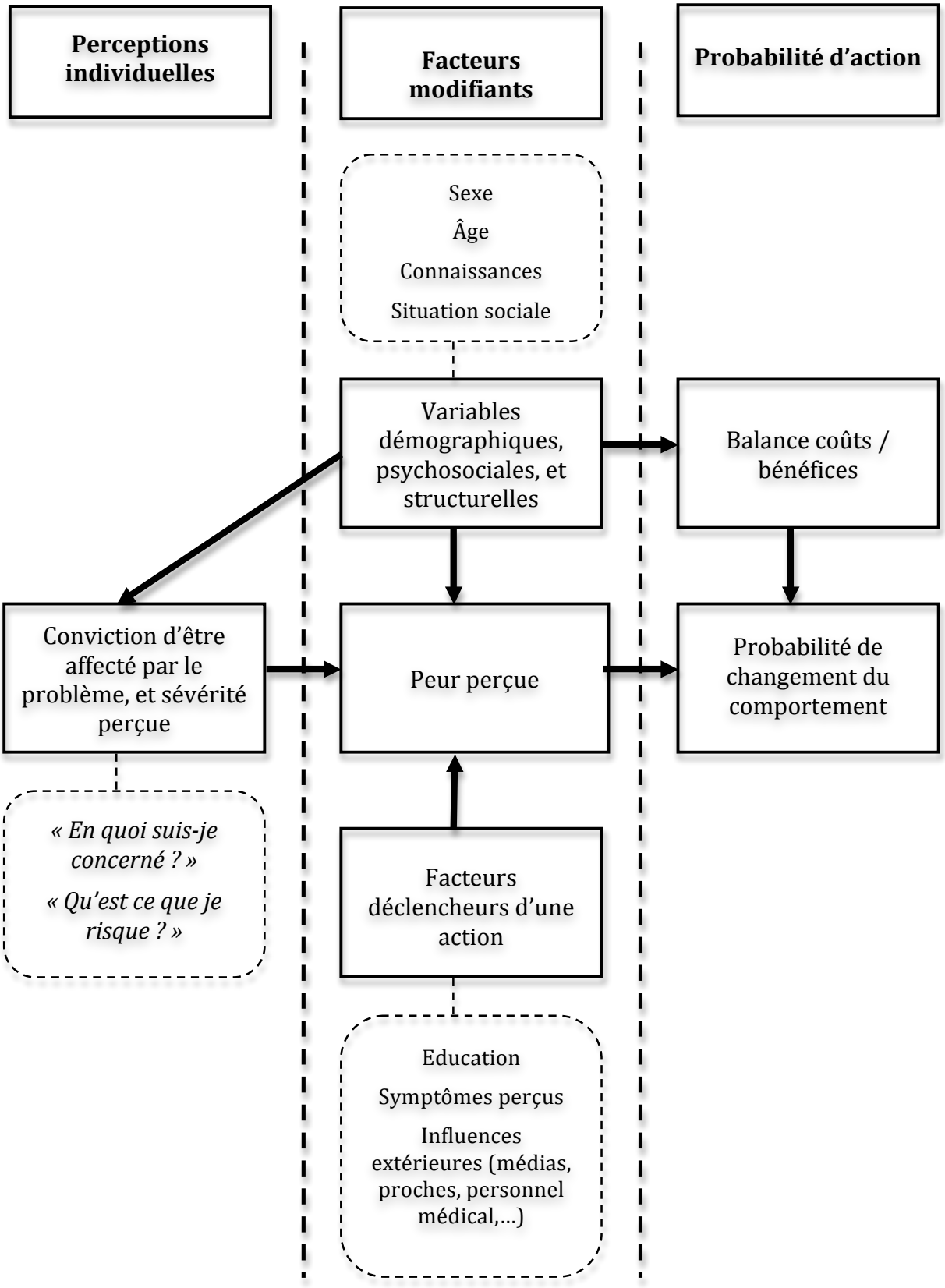

Figure 9 : Modèle des comportements de santé décrit par Rosenstock. D'après (29).

Ce modèle suggère que la probabilité pour qu'une personne se décide à agir pour sa santé dépend de sa perception de la menace représentée par l'affection qui la touche. Pour un individu donné, les variables qui influent sur la prise de décisions sont au nombre de quatre :

- La susceptibilité perçue, c'est à dire la conviction d'être affecté par le problème.
- La gravité perçue, c'est à dire la connaissance des risques potentiels.
- Les bénéfices attendus.
- Les obstacles perçus.

La perception de ces variables est elle-même sous l'influence de facteurs démographiques, ou psychosociaux, tels que l'âge, le sexe, la situation sociale ou la culture. (29)

232. Le modèle des stades d'acceptation de la maladie

2321. Les émotions éprouvées

Un autre aspect important à prendre en considération dans la relation avec un patient est sa réaction émotionnelle individuelle à la maladie.

Rantucci, Lussier et Richard ont observé le registre des émotions expérimentées par les individus. Il comporte la frustration, la peur et l'anxiété, les sentiments de perte, de colère, de dépendance, de culpabilité, de dépression et de perte de l'estime de soi. (23, 29, 32)

Ces sentiments apparaissent à des intensités différentes selon les personnes et les situations.

- **La frustration.** La frustration accompagne souvent la maladie : la routine de vie est rompue, à des degrés divers, par le fait d'être malade. La limitation ou l'incapacité de poursuivre des gestes habituels, la perte de sensations (perte du goût, de l'ouïe, impuissance sexuelle), d'autonomie (périmètre de marche limité, handicap), restrictions diverses (régime alimentaire, arrêt du tabac / alcool), les

examens médicaux et les passages à la pharmacie sont autant de facteurs déclencheurs de frustration.

Cette frustration se manifeste essentiellement au comptoir par de la colère et/ou de l'impatience, parfois associés à une diminution de l'observance du traitement. Le pharmacien est souvent impuissant dans ces situations, mais il peut tout de même rechercher avec le patient des solutions alternatives ou lui proposer diverses aides, afin d'améliorer le quotidien et d'assurer la poursuite des activités quotidiennes.

- **La colère.** La colère va généralement de pair avec la frustration. Elle peut être verbalisée de manière plus ou moins brutale au comptoir, mais peut rester silencieuse.
  Faire face à la colère peut être difficile, notamment quand elle est dirigée directement contre le professionnel de santé dans le cadre d'une relation professionnelle. Cette émotion est d'ailleurs souvent ressentie comme une attaque personnelle. Il n'est pas facile de prendre ses distances par rapport à la colère ou à un acte violent qui nous interpelle.
  La réaction naturelle de tout individu face à une agression est d'affronter la situation ou de battre en retraite. Dans ce genre de situations, la meilleure attitude pour le pharmacien serait d'essayer de discuter avec le patient pour découvrir les causes de cette colère, et éventuellement y apporter des solutions, du soutien.

- **La peur et l'anxiété.** La peur et l'angoisse sont souvent provoquées par une situation inconnue, donc non maîtrisée, et dont les conséquences possibles échappent à l'individu. Le sentiment de peur est provoqué, chez les patients, par des problèmes, réels ou imaginés, en relation avec leur état pathologique. Les causes sont multiples : peur d'aggravation des effets physiques (douleur, handicap, perte de mobilité, mort), peur des effets secondaires du traitement, angoisse devant certains examens à réaliser ou encore peur des conséquences sociales de leur maladie (conséquences professionnelles, perte des relations familiales, amicales).

Au comptoir, les manifestations de la peur sont d'intensité variable suivant les individus : elle peut être évidente au niveau des manifestations physiques avec des signes tels que pâleur, tremblement, transpiration. Mais elle peut aussi se traduire par d'autres symptômes tels que maux d'estomac et / ou troubles digestifs, céphalées, augmentation de la pression artérielle. La peur peut également apparaître dans le comportement du patient : répétition des questions, demande d'attention, besoin d'être rassuré, manque de confiance en lui.

- **Le sentiment de perte.** Le sentiment de perte survient la plupart du temps dans les pathologies où le malade subit une perte physique (ablation du sein, brûlure au visage, par exemple), une paralysie ou un handicap. Sa propre image laisse apparaître un individu diminué, différent. Sa perception de lui-même et de son image corporelle est endommagée : il peut y avoir une perte identitaire.

- **La dépression, la perte de sa propre estime.** Quand les émotions décrites précédemment perdurent, elles peuvent évoluer vers une sensation de dépression et de perte de l'estime de soi. La dépression se manifeste par une apathie (refus de manger, de s'alimenter, perte de sommeil), une perte de plaisir et d'intérêt dans des activités considérées autrefois comme agréables, un repli sur soi.

  L'estime de soi est constituée par un ensemble de valeurs, d'attitudes, de présupposés sur sa propre personne. Quand la maladie est installée, il peut y avoir décalage entre la perception actuelle de sa propre image, et celle tenue auparavant pour être la bonne : le malade va avoir tendance à se résigner, se négliger et adopter une attitude de défaite.

L'apparition, l'aggravation d'un état pathologique s'accompagne souvent, pour les patients, de réactions émotionnelles fortes. Ces émotions peuvent même, dans certains cas, diminuer, voire totalement annihiler, les efforts des soignants dans le cadre d'une bonne prise en charge thérapeutique. Souvent, ces émotions s'organisent selon une succession d'étapes traversées par les patients.

2322. Le modèle des stades d'acceptation de la maladie et le deuil de la maladie

C'est en 1969, en observant des patients en fin de vie, qu'Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue américaine propose un modèle décrivant les différentes étapes que traversent les individus lors d'un deuil, connu aujourd'hui sous le nom de « modèle de Kübler-Ross ». (20) Précisions que le terme « deuil » est utilisé dans le sens général d'une perte, que ce soit celle d'un proche, ou encore celle de la santé.

L'acceptation d'une maladie, en particulier d'une maladie chronique ou grave, nécessite un processus de maturation que tout individu traverse, lorsqu'il est aux prises avec cette réalité nouvelle que constitue la perte de l'intégrité ou de la santé. Le modèle de Kübler-Ross mentionne les étapes du processus de deuil dans l'ordre chronologique où elles se présentent habituellement. Il s'agit du choc initial, du déni, de la révolte, du marchandage et la tristesse. Cette succession d'étapes conduit au stade final de l'acceptation.

Partant du modèle de Kübler-Ross, d'autres auteurs ont montré qu'après la phase initiale de choc, les patients peuvent évoluer selon deux voies différentes : l'intégration ou la résignation.

Tout d'abord, l'annonce du diagnostic provoque inévitablement un choc psychique suivi d'une réaction d'incrédulité. Le patient a de la difficulté à réaliser ce qui lui arrive, et peut ressentir une émotion intense comme de la stupeur ou de l'anxiété. Cette première phase de choc traversée, le patient évolue vers une des deux voies que nous avons mentionnées. S'il accepte cette nouvelle condition, il entre dans une stratégie de confrontation : le processus intégratif. Par contre, s'il refuse cette nouvelle condition, il entre alors dans une stratégie d'évitement : le processus distanciatif. (32)

Le tableau 5 présente l'évolution des émotions ressenties selon les deux voies possibles.

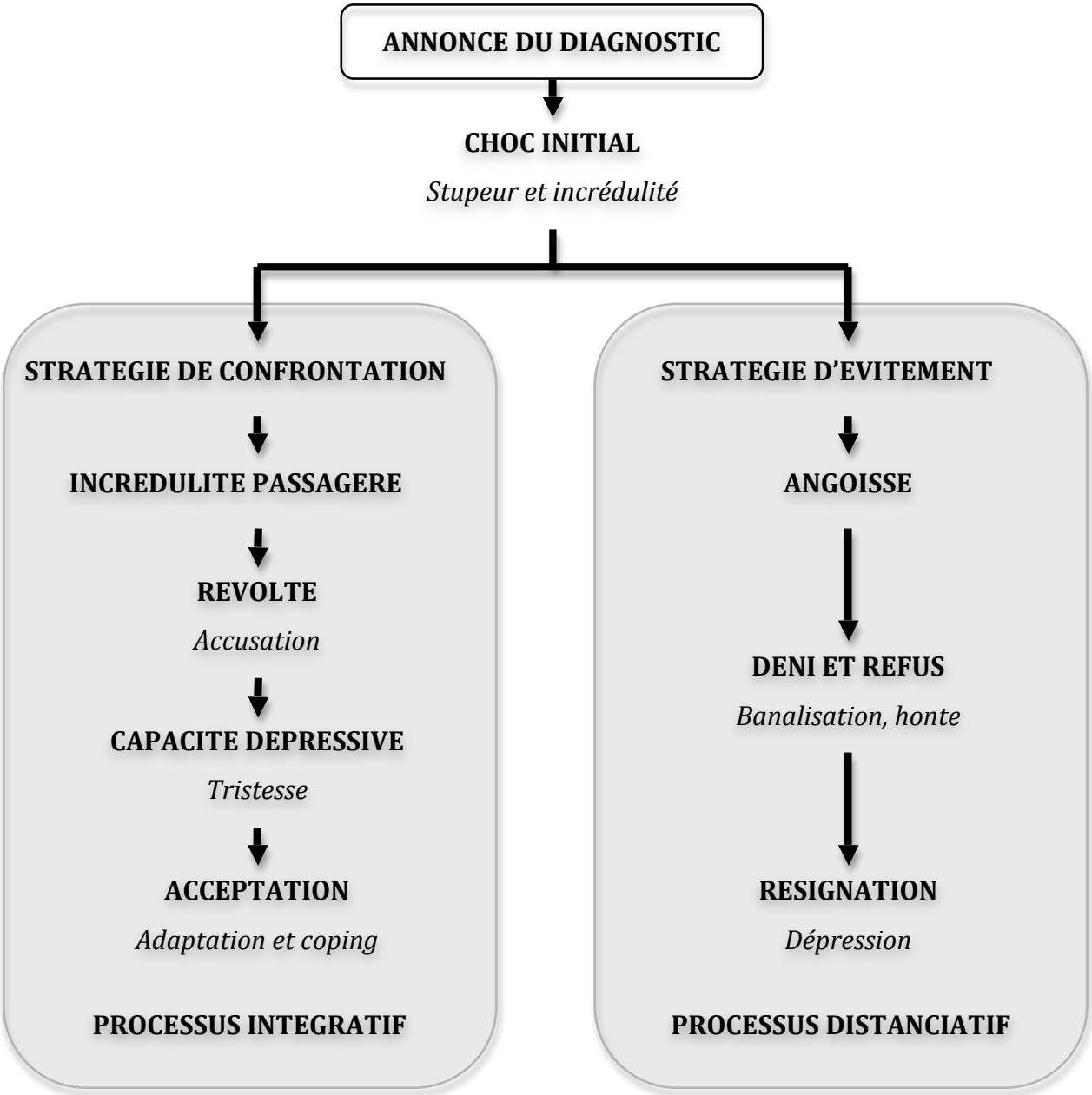

Tableau 5 : Evolution des émotions ressenties selon un processus intégratif ou distanciatif. D'après (20, 32)

23221. Le processus intégratif (32)

Si le patient suit le processus d'intégration de la maladie dans sa vie quotidienne, les stades qui apparaissent logiquement après le choc sont les suivants :

1. **La révolte.** C'est le stade suivant la surprise et le choc. Le patient trouve la situation injuste et ne comprend pas pourquoi il est atteint ce qui engendre un sentiment de colère, de rage ou de frustration. Parfois il accuse telle circonstance ou telle personne d'être responsable de ce qui lui arrive. Il peut manifester des signes d'agressivité envers les professionnels de santé.

2. **La capacité dépressive.** Lorsque le patient parvient à surmonter sa colère, il passe au stade suivant, celui de la capacité dépressive. La nostalgie d'un état de santé révolu engendre un sentiment de tristesse. La capacité dépressive permet au patient de cicatriser la blessure causée par la perte de son état de santé. Elle lui permet également d'intégrer la maladie et ses conséquences dans la vie quotidienne, et d'envisager des projets d'avenir.

3. **L'acceptation.** Lorsque le patient parvient à accepter sa maladie, il entre dans le dernier stade, celui de l'acceptation. Le patient reconnaît et assume sa maladie et les contraintes qui en découlent. Il retrouve un équilibre émotionnel et se montre actif. Cela se manifeste par une meilleure observance du traitement, des habitudes de vie et des projets réalistes.

Le tableau 6 présente, en fonction du stade dans lequel se trouve le patient, les réactions émotionnelles qui sont liées. La dernière colonne présente des exemples de paroles de patients qui illustrent les émotions ressenties.

STADE	REACTIONS DU PATIENT	EXEMPLE DE PAROLES DU PATIENT
Choc initial	Surprise Angoisse Incrédulité	*« C 'est horrible »* *« Ce n'est pas possible »*
Révolte	Agressivité Accusation Revendication	*« Pourquoi moi ? »* *« Je n'ai rien fait pour ça »* *« Je ne veux pas de votre traitement »*
Capacité dépressive	Tristesse Prise de conscience de ses émotions	*« Je n'ai plus goût à rien »* *« Par moments, je suis anéanti »*
Acceptation	Adaptation Sérénité Collaboration	*« J'arrive à vivre avec ma maladie »* *« Il faut que je fasse attention à … »*

Tableau 6 : Réactions émotionnelles liées à un processus intégratif. D'après (32)

Au final, si le patient entre dans le processus intégratif de la maladie, il parvient généralement à surmonter le choc et la frustration provoqués par la modification de son état de santé. Pour faire face à ces situations difficiles, le patient peut mettre en place une stratégie de coping.

Le terme « coping » est un mot anglais qui signifie, en français, « faire face à… » et que l'on traduit parfois par « ajustement » en psychologie de la santé. Il est défini comme l'évolution constante des processus cognitifs et comportementaux mis en place pour gérer des demandes externes et/ou internes spécifiques, et qui mobilisent excessivement les ressources dont dispose la personne. (7, 21, 29). Le concept de coping

permet donc à un individu de faire face à une situation stressante et de diminuer le stress lié à cette situation.

Ce concept est un également un concept dynamique : il est constamment modifié par l'évaluation qu'a l'individu de la situation. Dans un premier temps, l'individu analyse la situation et l'impact qu'elle va avoir sur lui. Selon les individus, l'événement peut être perçu comme une perte (émotions liées à la tristesse), une peur (émotions liées à l'angoisse) ou même comme un défi (émotions liées à l'excitation), et détermine la stratégie de coping que l'individu adoptera. Après l'évaluation de la nature de la menace, l'individu évalue de quelles ressources il dispose pour aborder le problème.

Il existe deux formes de stratégies de coping. Une forme centrée sur le problème, et une forme centrée sur l'émotion :

- **La stratégie centrée sur le problème.** Elle permet de mieux faire face à la situation, soit en augmentant les ressources à la disposition de l'individu, soit en réduisant les besoins de la situation. L'individu se confronte au problème pour essayer de faire changer la situation et recherche des moyens permettant de faire évoluer cette situation. Par exemple, définir le problème, chercher d'autres solutions au problème, évaluer les avantages et inconvénients d'une solution sont des stratégies de coping, centrées sur le problème.

- **La stratégie centrée sur l'émotion.** Elle repose sur la recherche de moyens pour atténuer les états émotionnels provoqués par la situation. Ici, l'individu ne cherche pas à faire évoluer la situation en recherchant d'autres solutions, mais à atténuer les sentiments liés à une situation stressante. Par exemple, minimiser où éviter la menace, rechercher du soutien émotionnel sont des stratégies centrées sur l'émotion.

23222. Le processus distanciatif (32)

Si le patient emprunte la seconde voie, c'est à dire celle du processus distanciatif, il aura tendance à prendre de la distance par rapport à la perte d'un état de santé. La phase de choc est suivie d'un mouvement moins dynamique et la situation tend à stagner.

Les stades se succèdent de la manière suivante :

1. **L'angoisse.** L'angoisse est la première réaction à l'annonce de la maladie, qui constitue une menace insurmontable aux yeux du patient.

2. **Le déni et le refus.** Pour faire face à la menace, le patient construit inconsciemment des mécanismes de défense qui peuvent se manifester par le déni ou le refus. Le déni se traduit généralement par la banalisation, c'est à dire que le patient ne se sent pas touché par le problème. Le refus consiste à nier l'émotion suscitée. Le patient ne s'avoue pas malade, cache sa maladie à son entourage et compense le manque ressenti par le surinvestissement dans une autre activité.

3. **La résignation.** Lorsque le patient reste figé dans une attitude de refus ou de déni et que les mécanismes de défense s'effondrent, le patient sombre dans la résignation. Il peut alors développer une véritable dépression avec ses symptômes caractéristiques, tels que la perte de plaisir ou d'intérêt dans les activités, ou l'apathie.

Le tableau 7 présente, en fonction du stade dans lequel se trouve le patient, les réactions émotionnelles qui sont liées. La dernière colonne présente des exemples de paroles de patient qui illustrent les émotions ressenties.

STADE	REACTIONS DU PATIENT	EXEMPLE DE PAROLES DU PATIENT
Choc initial	Surprise Angoisse Incrédulité	*« C 'est horrible »* *« Ce n'est pas possible »*
Angoisse	Peur Sentiment de menace	*« J'ai peur de devenir…. »* *« Je ne veux pas finir comme ça »*
Déni et refus	Détachement Banalisation Négation Honte	*« Ca va aller mieux »* *« Ce n'est pas grave »* *« Je ne suis pas malade »* *« Je n'ai pas besoin de prendre ce traitement »*
Résignation	Dépression Culpabilité Dévalorisation Honte	*« Si vous pensez… »* *« Je ne vois pas où tout cela va me mener »*

Tableau 7 : Réactions émotionnelles liées à un processus distanciatif. D'après (32)

233. Le modèle du changement comportemental

Le modèle du changement comportemental a été proposé par Prochska et DiClemente en 1986. Le modèle était utilisé, à la base, pour répondre à des problèmes de dépendance, comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Il a, par la suite, été étendu aux pathologies impliquant une modification d'habitudes fortement ancrées comme, par exemple, les habitudes de vie ou les habitudes alimentaires. Ce modèle envisage cinq stades de changement par lesquels passent habituellement les patients ainsi qu'une possibilité de rechute, qui n'est pas considérée comme un stade, mais comme le changement d'un stade à un autre. Ces stades sont : la préconsidération, la considération, la préparation, l'action, et l'entretien. On y ajoute également le processus de rechute.

Chaque stade du changement est présenté dans le tableau 8.

Etape du changement	Etat du patient	Objectif	Méthodes éducatives
Préconsidération Précontemplation	Sentiment de déni, le patient ne se sent pas concerné par le problème et n'envisage pas de changement. Il pense que les conséquences sont négligeables.	Aider le patient à atteindre le stade de la considération. Informer le patient, lui faire savoir que de l'aide est disponible. Identifier ses représentations.	Discussion en tête à tête.
Considération Contemplation	Le patient reconnaît le problème. Ambivalence : pèse le pour et le contre mais hésite face au changement.	Aider le patient à envisager les avantages et les inconvénients. Renforcer la confiance du patient pour passer à l'étape suivante.	Discussion en tête à tête.
Préparation	Le patient examine les solutions disponibles. Le changement commence à s'opérer en commençant par des changements minimes.	Mettre en valeur les avantages potentiels. Diminuer les effets indésirables et rendre la prise des médicaments plus facile. Encourager le patient, valoriser sa capacité à changer.	Discussion en tête à tête. Fourniture d'outils d'aide au changement.
Action	La mise en route est effective : le patient prend une décision définitive quant au changement.	Mettre en évidence les effets bénéfiques. Encourager à continuer.	Discussion en tête à tête ou au téléphone.
Entretien Maintien de l'action	Maintien du changement sur la durée.	Vérifier l'observance avec le patient. Mettre en évidence les effets bénéfiques. Encourager à continuer.	Discussion en tête à tête ou au téléphone. Participation à des groupes de soutien.
Prévention des rechutes	Risque de rechute dû à l'ambivalence toujours présente.	Surveiller le patient. Aborder la rechute de manière postive : rassurer la personne, redéfinir une nouvelle stratégie.	Discussion en tête à tête ou au téléphone. Participation à des groupes de soutien.

Tableau 8 : Les étapes du changement comportemental, les objectifs et méthodes d'éducation envisageables. D'après (1, 29, 54)

Dans le modèle original de Prochaska et DiClemente, les stades étaient organisés en ordre et de façon linéaire. Mais l'observation des individus a montré que les stades ne suivaient pas forcément une progression linéaire, et que le changement de stade pouvait induire une rechute. Le modèle a donc été modifié au profit d'une représentation cyclique en forme de spirale. (Cf. figure 10) (47)

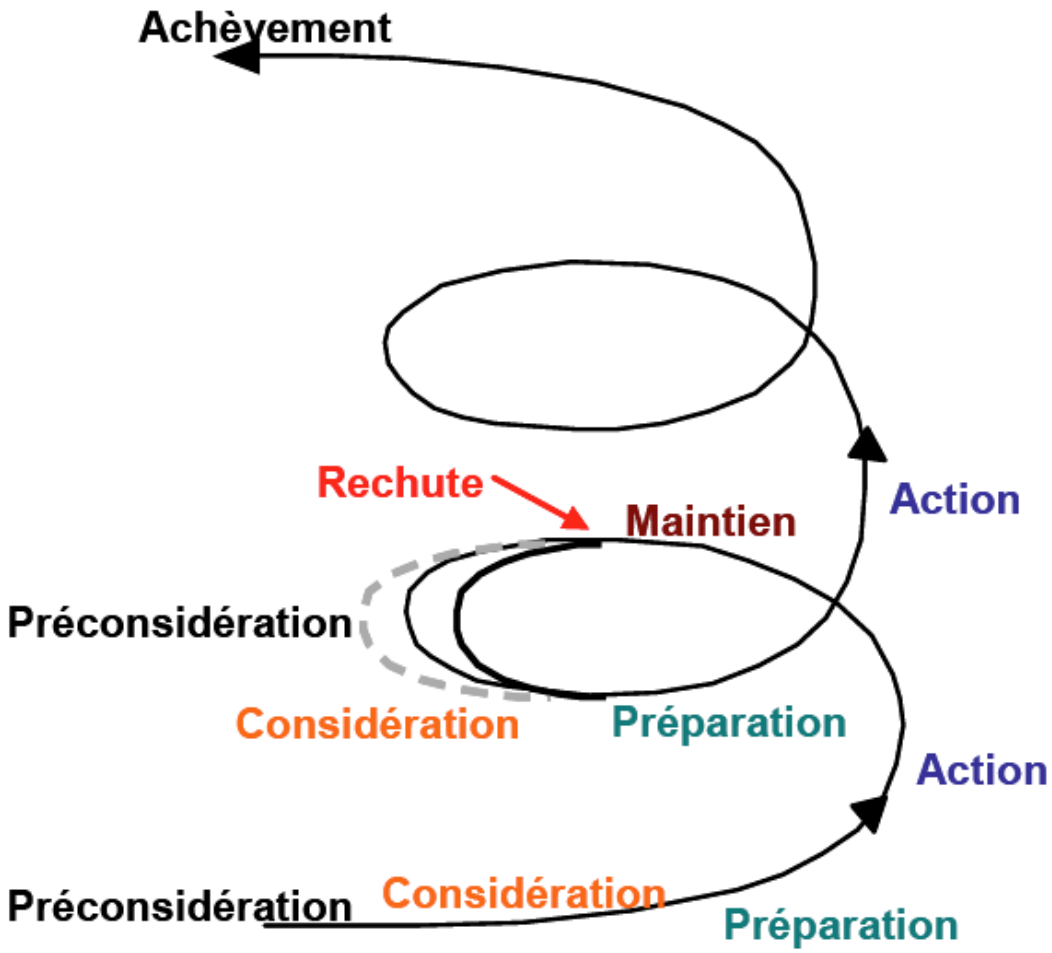

Figure 10 : Représentation du modèle des changements de comportement de Prochaska et DiClemente. D'après (48)

La motivation du patient à modifier ses habitudes sera fonction du stade dans lequel il se trouve. C'est pourquoi, le professionnel de santé peut essayer de déterminer quel est le stade que le patient traverse pour identifier son degré de motivation.

Définir les besoins et le niveau de motivation du patient peut se révéler d'une grande aide pour le soignant, afin de valoriser et d'améliorer l'apprentissage. Connaître les besoins du patient permet de sélectionner quelles informations choisir. Evaluer le niveau de motivation aide le pharmacien à anticiper la façon dont le patient utilisera son traitement.

Mais, pour obtenir ces informations, le pharmacien doit s'impliquer activement dans l'entretien. En effet, le patient communique rarement spontanément ses besoins ou son état de motivation. C'est donc le pharmacien qui, via l'entretien avec le patient, doit rechercher les éléments capitaux pour cerner le patient. Pour cela, il lui est nécessaire de développer certaines compétences.

PARTIE 2 : DEVELOPPER LES COMPETENCES DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN, POUR PROPOSER UN APPRENTISSAGE ADAPTE

Dans le cadre d'un entretien à l'officine, la communication occupe une place essentielle. Il ne s'agit pas, ici, d'une simple conversation de deux individus sur des sujets variés : le professionnel de santé doit transmettre les informations qu'il juge essentielles tout en permettant au patient de poser des questions ou obtenir les éclaircissements qu'il désire.

Cependant, chaque individu est différent et nécessite un apprentissage particulier. En outre, chaque patient éprouve des sentiments, des émotions, des besoins, qui lui sont spécifiques. Il est donc indispensable d'adapter son discours à chaque individu.

Dans la première partie, consacrée au patient, nous avons analysé les différents facteurs psychologiques qui influent sur ses décisions, mais également sur son comportement. Dans cette seconde partie, nous allons d'abord analyser quelles compétences sont nécessaires au pharmacien pour optimiser sa communication. La maîtrise de ces outils de communication par le professionnel de santé permet, en effet, d'obtenir de précieux renseignements sur le patient, notamment comme son état émotionnel ou les besoins qu'il ressent.

Puis, dans un deuxième chapitre, nous nous intéresserons à la manière de proposer un apprentissage adapté au patient. Nous définirons les objectifs d'apprentissage, et envisagerons les différentes méthodes pédagogiques disponibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients. La connaissance des besoins, mais aussi de l'état d'esprit du patient permettra de sélectionner une méthode éducative adaptée. Le pharmacien aura alors tous les atouts en main pour proposer un apprentissage personnalisé et efficace.

CHAPITRE 1 : AMELIORER LES COMPETENCES DE COMMUNICATION

Comment savoir quels sont les besoins du patient, dans quel état d'esprit il se trouve et quelles émotions il ressent ?

Ces informations sont importantes pour la gestion de l'entretien et l'adaptation du message que le pharmacien communique. Pourtant, elles sont rarement données de manière explicite par le patient. Pour le pharmacien, toute la difficulté est donc de décoder ces messages « cachés », le plus souvent transmis de manière non verbale. Pour cela, le professionnel de santé dispose de plusieurs techniques, telles que l'écoute active, l'empathie ou encore le questionnement efficace, grâce auxquelles il peut recueillir des informations importantes, dans le but d'accompagner le patient dans une démarche éducative.

1. L'ECOUTE ACTIVE

Tindall *et al.* soulignent que « la qualité de l'écoute est un facteur déterminant de l'efficacité d'une communication entre le pharmacien et son patient ». (3) En effet, une bonne écoute permet, non seulement de recueillir des informations précieuses, mais encore de découvrir les significations cachées des mots ou d'accéder à des informations qui n'auraient pas été données spontanément. L'écoute désigne autant la capacité de prêter attention au sens des mots, qu'à toutes les manifestations non verbales qui les accompagnent : l'intonation, l'expression corporelle et gestuelle.

11. Développer l'écoute

Dans un entretien « idéal », les deux parties peuvent s'exprimer librement, dans un respect mutuel. Bioy remarque que « l'écoute soignante impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient ». (4) Il ajoute « qu'un soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier, proximal avec celui qu'il écoute qu'on pourrait qualifier d'*intimité professionnelle* ». (4)

Richard et Lussier insistent sur le fait « d'être attentif aux mots mais aussi à la manière dont le message est exprimé. » (32) Pour les auteurs, l'écoute active est fondée sur plusieurs attitudes :

- **La disposition à écouter.** Bioy observe que « l'écoute active implique, pour le soignant, de se rendre disponible pour le patient. C'est à dire disponible à entendre et recevoir ce qui dit le patient avec une vigilance particulière. » (4) Par exemple, faire plusieurs choses à la fois, préparer ce que l'on va dire ensuite, ou encore conclure une phrase avant que le patient ait pu terminer sont des attitudes contre-productives. (3)

- **Le fait de faire preuve de compréhension et d'encourager le patient à s'exprimer.** Les réponses d'acquiescement telles qu'un hochement de tête ou une légère vocalisation montrent au patient que le pharmacien l'écoute attentivement. Les encouragements peuvent être employés pour amener le patient à poursuivre sur un sujet particulier. Ils peuvent se manifester avec des phrases telles que : *« Oui… », « continuez,… », « dites m'en plus… ».* (29)

- **Le fait de prêter attention aux mots et aux éléments non verbaux.** Housset note qu' « avec le contenu des mots et de leur sens, chaque parole énoncée s'accompagne d'une intonation, d'un rythme, qui parlent autant que les mots, qui leur donnent du poids, ou semblent au contraire en décalage avec le sens des propos. » (17) Les éléments « au delà des mots » concernent aussi bien le langage non verbal (par exemple les postures, les expressions du visage) que le langage para-verbal (ton de la voix, rapidité d'expression) ou encore les émotions exprimées.

12. Identifier le langage non-verbal

Le langage non verbal implique tous les aspects de la communication qui ne sont ni parlés ni écrits. Les attitudes, la position du corps, le regard, le ton de la voix, l'apparence vestimentaire, sont autant d'éléments appartenant au langage non verbal.

Le langage non verbal présente deux différences majeures par rapport au langage verbal. Premièrement, il est inconscient : c'est à dire qu'on ne le contrôle pas, et qu'il s'établit de manière automatique. Deuxièmement, il est significativement plus présent que le langage verbal.

Mehrabian estima, dans les années 80, que l'impact d'un message comprenait 7% de communication verbale (les mots), 38% de communication vocale (le ton) et 55% de communication faciale (le langage non verbal), ce qui donna naissance, à la loi dite « loi du 7%-38%-55% », représentée dans la figure 11. (26)

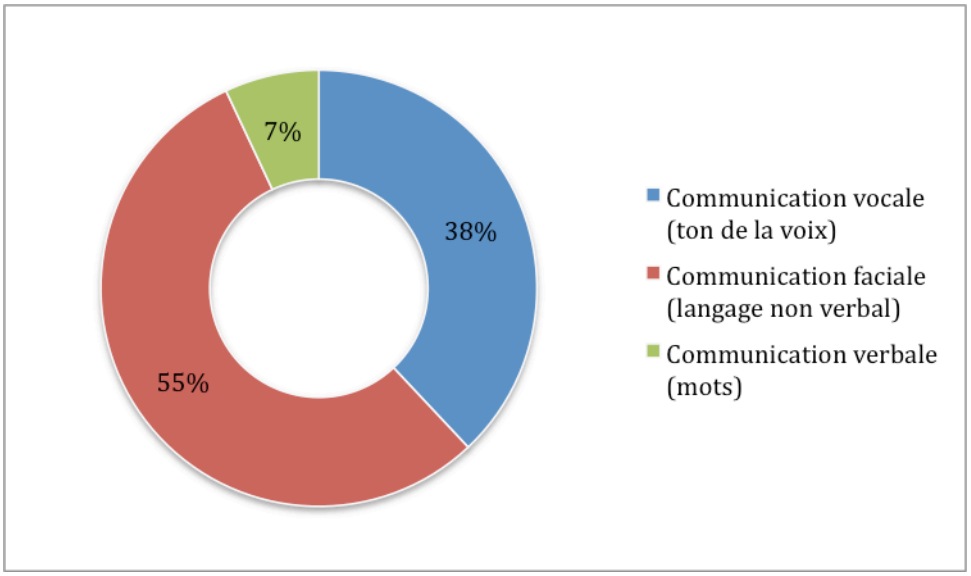

Figure 11 : Répartition et importance des éléments de communication selon Mehrabian. D'après (26).

La valeur absolue des différents éléments importe peu dans cette loi. Certains auteurs l'ont d'ailleurs remise en cause, notamment à cause du danger de sa généralisation. En revanche, c'est l'importance relative des éléments les uns par rapport aux autres qui est intéressante. La place du langage non verbal et du ton de la voix montre que ces éléments représentent une part prépondérante dans la communication.

Les éléments non verbaux communiquent des informations de manière inconsciente. Par exemple, lorsqu'un individu refuse de communiquer, les signes qu'il manifeste, les mouvements qu'il exprime ou la posture qu'il adopte sont autant de messages non verbaux qui indiquent une attitude d'évitement et de repli. Toutes ces manifestations communiquent ainsi son refus de communiquer, comme l'a énoncé en 1979, Watzlawick dans une règle fondamentale : « il est impossible de ne pas communiquer » (36).

Au comptoir, pharmacien et patient communiquent en permanence. La position du corps, les mouvements, les expressions du visage, le ton de la voix sont autant d'éléments du langage non verbal qui indiquent l'état émotionnel de chacun des individus. D'autres composantes, comme le style vestimentaire, la coiffure ou l'aspect corporel renvoient également un message à l'interlocuteur, et peuvent influer sur la discussion.

121. Le langage non verbal du pharmacien (29, 32)

Le langage non verbal du pharmacien indique au patient dans quelle mesure le professionnel peut lui apporter écoute, soutien et aide.

Le langage non verbal est le miroir des émotions qui sont ressenties. Des manifestations non verbales du stress (rythme rapide des mouvements, manifestations d'impatience, précipitation), de l'ennui ou du désintérêt (bâillements, jeu avec un stylo, concentration sur l'ordinateur) sont rapidement visibles par l'interlocuteur et interprétées comme une faible implication du pharmacien dans la discussion.

En outre, comme les comportements non verbaux sont inconscients, une attitude feinte ne sera pas convaincante. Exprimer verbalement son désir d'aider alors que le patient perçoit des signaux non verbaux d'ennui ou de désintérêt aura également un effet contre-productif.

Par contre, une attitude authentiquement bienveillante et ouverte inspire au patient un sentiment de sécurité, d'écoute et de confiance. Bioy remarque également que cette attitude de bienveillance implique « l'abandon d'une attitude de pouvoir en faveur d'une rencontre humaine et vraie ». (4)

Voici quelques pistes pour permettre au pharmacien d'adopter une bonne attitude et communiquer de façon efficace un message non verbal.

1211. L'expression du visage

Bioy remarque que « le visage a une place prépondérante dans notre communication » et qu' « il s'agit de la zone que nous regardons le plus quand nous parlons avec quelqu'un ». (4) L'expression faciale est révélatrice des sentiments exprimés et permet d'exprimer les six émotions fondamentales que sont la joie, la surprise, la tristesse, la peur, le dégoût et la colère (Cf. figure 12).

L'attitude du pharmacien se veut ouverte : un visage souriant et amical incite à la convivialité et favorise l'interaction avec le patient.

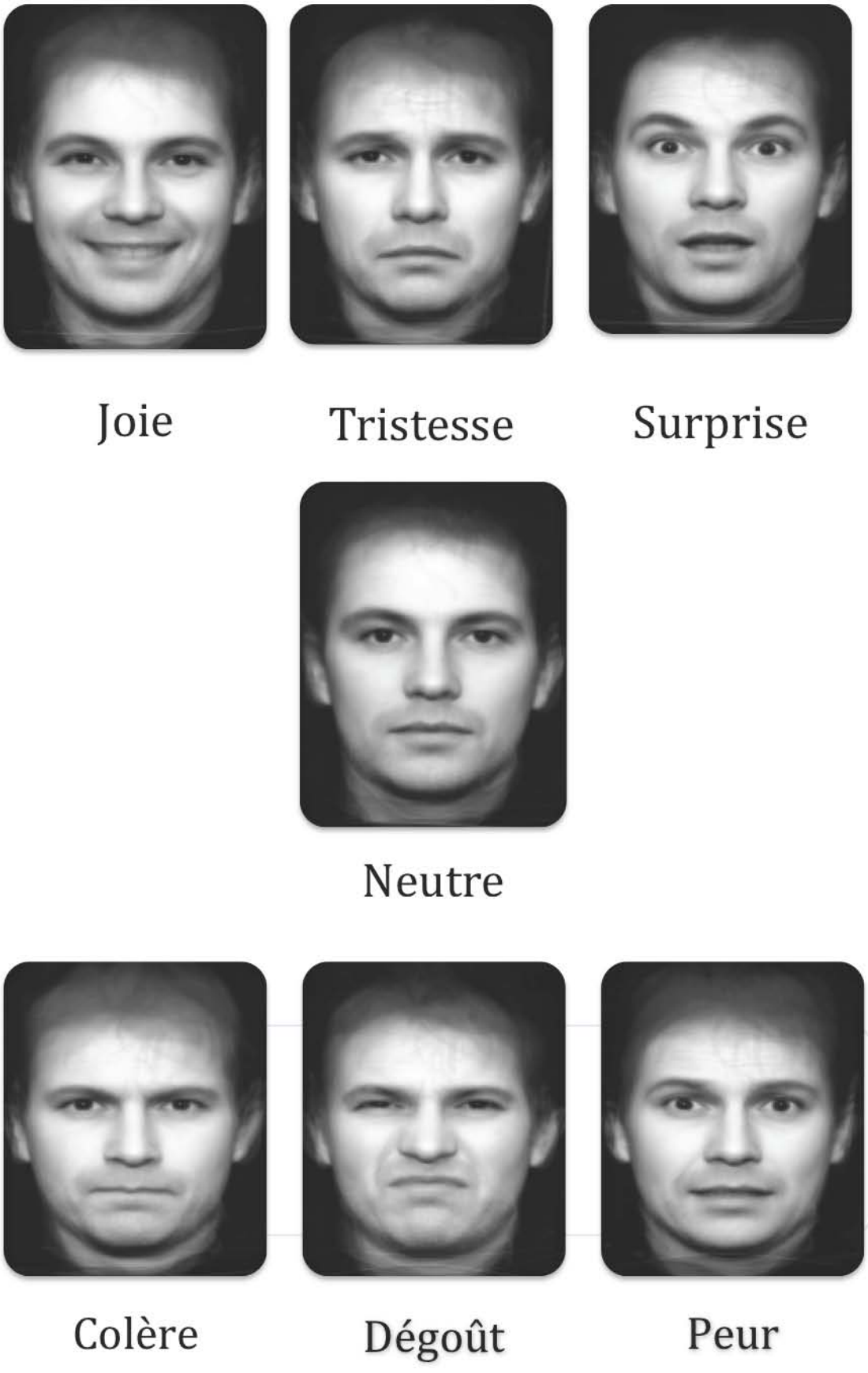

Figure 12 : Expressions faciales des six émotions de base. D'après (41)

1212. L'expression corporelle

Une attitude fière, mais néanmoins détendue, avec la tête droite, exprime un sentiment de confiance en soi et d'assurance ; tandis que se pencher en avant et se rapprocher du patient suggèrent une attitude d'écoute et d'intérêt. Le fait de croiser les bras, par exemple, renvoie à une attitude de fermeture (23).

1213. Le contact visuel

Dans les cultures européennes et nord-américaines, le contact visuel est généralement interprété comme une manifestation d'intérêt et d'attention, alors que le manque de ce contact est interprété comme une manifestation d'évitement, de désintérêt ou de malaise (34, 37). Un contact prolongé implique une certaine intimité entre les deux communicants : à l'offcine, un regard soutenu peut donc provoquer un sentiment de malaise chez l'interlocuteur (34).

1214. La proxémie (4, 29, 51)

La proxémie représente la distance séparant les deux communicants. Cette distance est variable suivant le type de discussion et le degré d'intimité entre les deux personnes (Cf. figure 13) :

- **La distance intime**. Elle est comprise entre 15 et 45 centimètres. La conversation est basse, personnelle, et seules quelques personnes sont admises dans cette zone. On y trouve les proches, les bons amis et la famille lorsqu'ils sont engagés dans des activités comme le réconfort ou le soutien. Toute intrusion dans cette zone d'intimité apparaît comme inconfortable et anxiogène. Cette proximité est d'ailleurs souvent perçue comme trop familière et peut empêcher la communication.

- **La distance personnelle**. Elle se situe entre 0,45 et 1,20 mètre. Dans cette zone, les interactions sont moins intenses. Il faut se parler plus fort et le regard prend davantage d'importance dans la communication. C'est la distance que l'on établit généralement dans le domaine médical pour fournir des informations ou expliquer un processus.

- **La distance sociale.** Elle se situe entre 1,20 et 3,20 mètres. Les interactions sont plus formelles. C'est la distance typique des relations d'affaires ou de personnes qui se connaissent peu ou pas du tout. Les indices visuels sont encore plus importants que dans la distance personnelle.

- **La distance publique.** Elle se situe au delà de 3,20 mètres. Elle est caractéristique des interactions brèves et circonstancielles. On l'emploie généralement lors de présentations ou de discours.

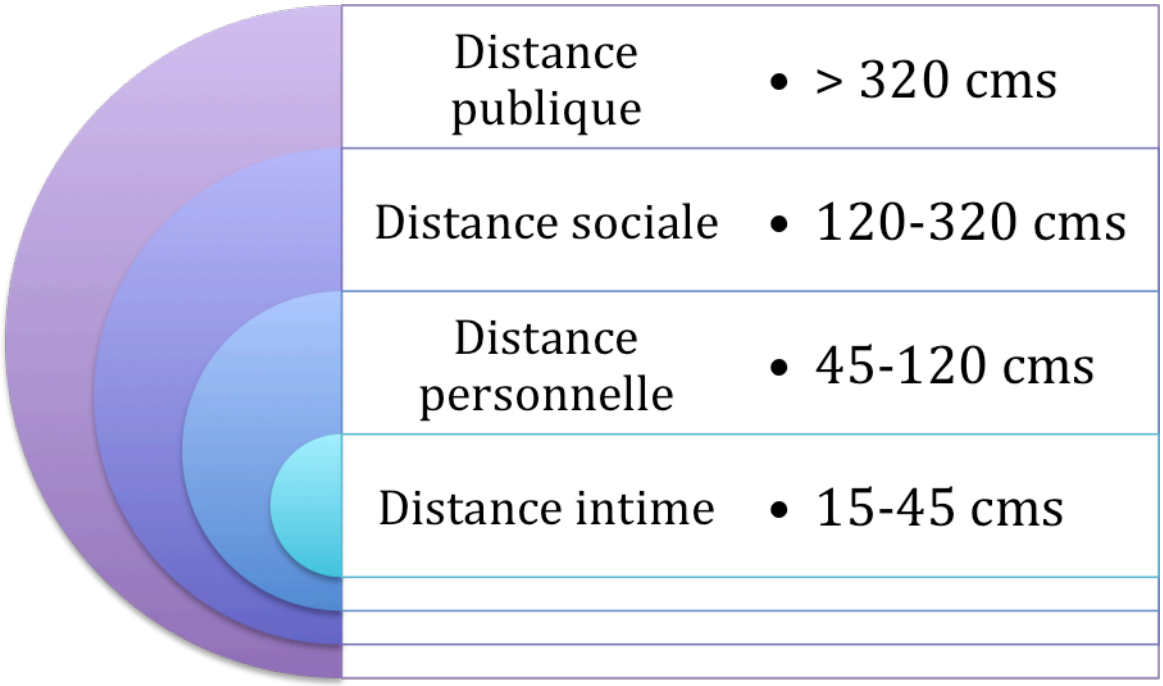

Figure 13 : Distances de conversation suivant le type de discussion choisi. D'après (15)

1215. Le ton de la voix (29)

Un rythme et un ton variés maintiennent l'intérêt du patient. Les silences ne doivent pas être évités à tout prix. Au contraire, ils laissent au patient la possibilité de poser des questions ou d'assimiler les informations qui viennent d'être données. Parler trop vite et/ou trop fort est souvent perçu comme un signe d'agressivité.

1216. L'apparence professionnelle (29)

Le professionnel de santé doit pouvoir être identifié immédiatement grâce à la blouse et au badge qui l'identifie. La propreté, tant du personnel que de la pharmacie sont indispensables, et la possibilité d'avoir des espaces de discrétion est également une composante importante. Enfin, concernant l'apparence vestimentaire, certains éléments (vêtements, coiffure, accessoires de bijouterie) peuvent avoir une connotation négative pour certains patients (29).

122. Le langage non-verbal du patient

Le langage non verbal du patient peut fournir de précieuses informations : certaines émotions peuvent se manifester par des mimiques, ou des postures, de même que certains gestes peuvent renseigner sur la présence d'un handicap comme le fait de porter la main à son oreille ou de rapprocher la boîte pour pouvoir lire l'étiquette par exemple (29).

Il est d'ailleurs rare qu'un patient exprime verbalement, et de manière explicite, les émotions qu'il ressent. Pour le professionnel de santé, l'aspect extérieur du patient, sa façon de marcher ou de s'asseoir, sa posture et l'expression de son visage sont autant d'éléments qui lui fournissent des indices.
Les mimiques faciales envoient un grand nombre de signaux sur l'état émotif d'un individu. La position des yeux, de la bouche, des sourcils ou des muscles faciaux, la couleur de la peau et la transpiration. A l'aide de ces éléments, le visage exprime les six émotions de base. (Cf. figure 12 page 61)

De même, certains gestes peuvent être caractéristiques d'un sentiment : l'empressement et l'impossibilité de rester en place ainsi que le rythme rapide de la voix qui sont représentatives d'une situation de stress ; le visage crispé, le fait de porter sa main sur la zone douloureuse qui peuvent indiquer une douleur intense ; les bâillements, soupirs, qui peuvent être caractéristiques d'un sentiment d'ennui.

Le tableau 6 présente les différentes composantes non verbales associées à une émotion.

CORPS	EMOTIONS		
	Tristesse	Joie	Peur ou anxiété
Posture	Repli sur soi. Affaissement des épaules.	Changements fréquents de la posture. Comportement ouvert.	Brusquerie des mouvements. Tortillements. Raideur ou rigidité des mouvements. Menton dirigé vers le bas Tremblements. Raideur ou rigidité du corps et des gestes.
Tête	Abaissement.	Mobilité. Redressement.	Immobilité.
Mains	Immobilité.	Mouvements expansifs. Mouvements circulaires.	Moiteur. Fermeture des poings. Tapotement des doigts.
Niveau d'activité	Apathie. Indifférence. Ralentissement.	Excitation.	Hypervigilance. Agitation. Hyperactivité.
Contact visuel	Peu ou pas de contact visuel. Mains sur les yeux.	Recherche de contact visuel. Tentatives de conserver le contact visuel.	Yeux exorbités. « Balayage » des yeux. Regard furtif. Regard inquiet.
Visage	Froncement des sourcils. Contraction musculaire. Larmes, pleurs.	Mobilité de l'expression. Sourires. Rires.	Rougeur. Serrement des lèvres. Serrement des mâchoires.

Tableau 9 : Composantes gestuelles des différentes émotions exprimées. D'après (32)

13. Améliorer l'écoute

La capacité d'écoute, associée à la capacité de questionnement, permet au pharmacien d'identifier les éléments importants et de les développer s'il le juge nécessaire. Savoir se taire ou, au contraire, inciter le patient à développer les informations qu'il donne n'est pas une tâche simple. Couper la parole pour demander plus d'explications ou répondre sans avoir écouté sont des attitudes qui peuvent être contre-productives, et qui risquent de générer une certaine frustration chez le patient.

Ainsi, dans un entretien, le pharmacien a souvent tendance à répondre trop vite et transformer un échange en un exposé unilatéral. Rantucci a listé les raisons de cette verbalisation excessive, qui peuvent être multiples (29) :

- **Le manque de temps.** Le pharmacien peut se contenter de répondre vaguement aux propos du patient, et monopoliser la conversation pour donner les informations dans le minimum de temps dont il dispose.

- **La réaction aux propos du patient.** Dans sa volonté de donner un conseil et de prouver sa compétence, le pharmacien propose trop rapidement une solution, sans avoir bien évalué l'état dans lequel se trouve le patient. Cette réponse prématurée, peut alors se révéler complètement inadaptée à la situation du patient et à son besoin réel.

- **Pour rassurer le patient.** A l'exposé des problèmes du patient, le pharmacien ignore les sentiments exprimés, en adoptant une attitude trop optimiste. Il est fréquent que le professionnel change de sujet ou détourne la discussion sur un autre patient ou lui-même. Si une partie du conseil consiste effectivement à rassurer le patient sur l'intérêt et l'innocuité de la thérapeutique, une attitude trop optimiste peut être contre-productive, puisque en définitive, le pharmacien n'a aucun moyen d'être sûr que tout ira bien.

- **Parce que le professionnel est agacé par l'attitude ou le comportement du patient.** Dans une situation de ce type, il est fréquent de verbaliser son agacement. Le pharmacien peut répondre par des commentaires hostiles ou des

affirmations menaçantes sur la pathologie. Il est compréhensible que ces évènements se produisent. Le pharmacien doit cependant garder à l'esprit que garder son calme et contrôler ses sentiments permet d'éviter une escalade menant à un conflit.

Avoir le contrôle de ses propres sentiments est d'ailleurs une attitude très importante lors de la communication entre le professionnel de santé et le patient. Or les informations reçues peuvent interférer avec les sentiments du pharmacien. C'est pourquoi celui-ci doit pouvoir montrer au patient qu'il comprend ses sentiments, sans toutefois les éprouver. C'est ce que l'on appelle l'empathie.

2. ADOPTER UNE ATTITUDE EMPATHIQUE

L'empathie est « une forme de compréhension qui correspond à la capacité de percevoir et de comprendre les sentiments d'autrui. Mais à la différence de la sympathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien tente de mettre de côté son propre univers de référence pour se concentrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. » (4). L'empathie consiste à « comprendre et accepter le point de vue de l'autre » (32)

Rantucci rapporte que l'empathie est « essentielle dans la fondation de la relation patient-pharmacien ». Elle ajoute que « lorsque le pharmacien manifeste de l'empathie vers le patient, ce dernier peut constater que le pharmacien manifeste de l'intérêt et de l'implication » (29). Il en résulte, pour le patient, un renforcement de son propre sentiment de valeur et de dignité, ce qui l'encourage à verbaliser ses préoccupations et ses problèmes. Pour le pharmacien, il devient alors plus facile d'évaluer les besoins, les préoccupations et la motivation du patient (29).

Bioy rapporte que « l'empathie se manifeste à l'autre tout simplement en mettant des mots sur ce que l'on perçoit comme l'émotion dominante chez lui ». (4) Le pharmacien doit donc communiquer, sans aucun jugement, qu'il comprend et accepte les sentiments

de son interlocuteur et ses préoccupations, même si ces sentiments mettent le pharmacien mal à l'aise (29).

Communiquer au patient la compréhension qu'on a de lui demande de l'expérience. En effet, manifester une attitude empathique implique d'avoir, au préalable, identifié les émotions principales, ce qui n'est pas toujours évident. Mais même si le sentiment prédominant n'a pas été correctement identifié chez le patient, celui-ci rectifiera. Cela permettra au pharmacien d'obtenir de nouvelles informations pour comprendre et aider le patient (4, 29).

La réponse empathique, dans une attitude d'écoute active, implique, pour le pharmacien, de se comporter comme un miroir des sentiments du patient (29). Par exemple, des phrases telles que *« vous semblez ne pas aller très bien … »*, ou *« vous paraissez être en colère … »* verbalisent l'émotion.

Bioy énumère les avantages offerts par la pratique de l'empathie : « elle permet d'augmenter le degré d'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication et de verbaliser des émotions. » (4). Cela participe à la compréhension du patient et aux solutions à apporter à ses diverses difficultés.

3. SAVOIR POSER LES BONNES QUESTIONS

Après avoir écouté le patient, le pharmacien peut avoir besoin de le questionner afin de clarifier le problème et déterminer comment il peut lui venir en aide. De même, la capacité de questionnement permet d'interroger le patient sur des questions spécifiques sur la maladie ou l'usage des médicaments.

En outre, la manière dont les questions sont posées est importante, et peut influencer le rapport entre patient et pharmacien. Un questionnement efficace repose sur l'organisation et la construction des questions. Celles-ci doivent fournir facilement une information pertinente et doivent autant que possible impliquer le patient.

31. Organiser les questions (25, 29)

Le schéma classique de questionnement part de questions générales pour se focaliser progressivement sur un point précis. Au fur et à mesure de la progression de l'entretien, la confiance du patient devrait s'installer. Cela permet au pharmacien de passer de questions d'ordre général à des questions plus personnelles.

Comme certaines questions amènent le patient à dévoiler des informations personnelles, il se peut que celui-ci se sente mal à l'aise, et se ferme à la discussion. Le pharmacien peut commencer l'entretien en expliquant le but de ces questions afin d'éviter au patient de se mettre sur la défensive.

Enfin, les questions doivent être regroupées par sujet. Cela permet autant au patient qu'au pharmacien de concentrer leur attention sur une zone particulière. Cela aide également le patient à mieux mémoriser les informations.

32. Construire les questions (25, 29)

La manière dont sont construites les questions contribue également à leur efficacité. Il existe deux types de questions, les questions ouvertes et les questions fermées.

- Les questions ouvertes. Elles encouragent à répondre de manière nuancée, au delà d'une simple réponse positive ou négative. Elles sont formulées en utilisant des mots tels que « comment », « quand », « ou », « quoi » ou encore « qui ».
  Les questions ouvertes sont utiles en début d'entretien pour clarifier les informations provenant du patient. Elles permettent au patient d'expliquer en ses termes ses problèmes ou son point de vue.

- Les questions fermées. La réponse attendue a ce questions est de type « oui » ou « non ». Les questions de ce type sont plus précises et plus restrictives. Elles conviennent donc pour répondre a une question particulière ou pour affiner une réponse qui aurait été laissée en suspens par une question ouverte.

Ces questions ont l'avantage d'encourager le patient dans l'interaction en lui permettant de répondre facilement. Par contre, comme elles sont très restrictives, elles peuvent faire oublier des questions importantes. (29)

33. Eviter les écueils

Le but du questionnement est d'obtenir facilement des réponses pertinentes. Or il existe des questions qui peuvent amener des réponses fausses ou imprécises.

Certaines constructions de questions peuvent amener des biais dans la réponse. Il s'agit des questions orientées ou restrictives. Par exemple, la question « prenez-vous bien ce médicament X fois par jour ? », amènera pratiquement toujours une réponse positive, que le patient le fasse effectivement, ou pas. Dance ce cas, poser une question de type « Comment prenez-vous ce médicament ?» permettra d'éviter un biais dans la réponse.

Les questions qui commencent par « pourquoi » sont à éviter. Comme ces questions sous-entendent une justification, elles provoquent une réaction de défense chez l'interlocuteur. La réponse peut encore une fois être biaisée si le patient ne veut pas révéler la vérité ou s'il n'est pas sûr de la réponse. (29)

CHAPITRE 2 : DEFINIR LES OBJECTIFS EDUCATIONNELS ET SELECTIONNER UNE METHODE PEDAGOGIQUE ADAPTEE

Le premier chapitre a exposé les différents éléments permettant au pharmacien de recueillir les informations nécessaires à une bonne compréhension du patient. Une fois en possession de ces informations, il doit ensuite choisir la méthode éducative à employer. Mais avant de sélectionner la méthode qu'il juge la plus pertinente, le pharmacien doit d'abord définir les objectifs pédagogiques, c'est à dire, les compétences à faire atteindre au patient, au terme du processus éducatif : ce sera l'objet du premier point de ce chapitre.

Ensuite, nous reviendrons sur l'idée développée par d'Ivernois et Gagnayre : « l'apprentissage est une fonction personnelle et qu'il n'existe pas deux apprenants qui apprennent de la même manière. ». (11) Nous nous intéresserons donc à la manière dont le patient intègre, comprend et réutilise l'information.

Enfin, nous aborderons le choix et l'application de la méthode éducative, en tenant compte des facteurs cités précédemment.

1. DEFINIR LES COMPETENCES A FAIRE ATTEINDRE AU PATIENT

Une compétence est définie comme « la potentialité d'une personne, ou d'un groupe de personnes, à mobiliser dans l'action, un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique dans un contexte particulier » (38).

Une compétence constitue un but à faire atteindre au patient pour qu'il puisse gérer sa maladie et son traitement. Selon la maladie ou la situation pathologique, un nombre plus ou moins important de ces compétences peuvent être mobilisées par le patient.
Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé dans la préparation d'un programme d'éducation thérapeutique, il existe deux grands types de compétences (44):

- **Les compétences d'autosoins.** Celles-ci représentent l'ensemble des décisions que le patient prend dans l'intention de modifier les conséquences de sa maladie sur sa santé. (Cf. tableau 10)

EXEMPLE DE COMPETENCES D'AUTOSOINS
• Adapter une dose de traitement en tenant compte d'une mesure biologique • Réaliser des gestes techniques / des soins • Mettre en œuvre des modifications du mode de vie (équilibre diététique, mise en place d'une activité physique, etc) • Prévenir des complications évitables • Faire face à des problèmes occasionnés par la maladie • Impliquer l'entourage dans la gestion de la maladie, des traitements, et des répercussions qui en découlent.

Tableau 10 : Exemple de compétences d'autosoins. D'après (44)

- **Les compétences d'adaptation.** Celles-ci sont des compétences « personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, qui permettent aux individus de maitriser et diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. » (44) (Cf. tableau 11)

Exemple de compétences d'adaptation
• Connaissance de soi-même, confiance en soi • Gestion de ses émotions et maîtrise de son stress • Développement d'un raisonnement créatif et une réflexion critique • Prise de décisions, résolution de problèmes • Fixation d'objectifs • Auto-évaluation

Tableau 11 : Exemple de compétences d'adaptation. D'après (44)

En outre, l'acquisition d'une compétence passe par la maîtrise progressive des objectifs qui la constituent. Bloom a classé les objectifs pédagogiques en trois domaines taxonomiques (46) :

- **Le domaine cognitif** qui est le domaine des compétences intellectuelles. (5) Ce domaine sollicite les connaissances, les activités intellectuelles ou les démarches de pensée.
- **Le domaine sensorimoteur** qui concerne les gestes, les techniques et habiletés. (6) Il concerne l'ensemble des activités motrices.
- **Le domaine psychoaffectif** qui concerne les attitudes. (2)

En observant les modèles théoriques de l'ETP et les programmes d'éducation de certaines maladies chroniques, D'Ivernois et Gagnayre proposent une liste de huit compétences transversales à acquérir par le patient. Le tableau 12 présente ces huit

compétences. La première colonne définit quelles sont ces compétences et la deuxième colonne en propose des exemples pratiques.

Compétences	Objectifs spécifiques
1. Faire connaître ses besoins, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, ses attentes (diagnostic éducatif).
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie. S'expliquer la physiopathologie et les répercussions de celle-ci. S'expliquer les principes du traitement.
3. Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte, des symptômes précoces, analyser une situation à risque. Analyser des résultats d'examen. Mesurer des paramètres biologiques (glycémie, pression artérielle, débit respiratoire).
4. Faire face, décider	Connaître et appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, asthme). Décider dans l'urgence.
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement et adapter les doses (traitement par insuline). Prévenir les accidents ou les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé.
6. Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, utilisation d'un inhalateur). Pratiquer les gestes quotidiens (prise de pouls) et d'urgence.
7. Adapter, réajuster	Adapter un traitement à un autre contexte (grossesse, sport). Réajuster un traitement ou une diététique.
8. Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler. Savoir ou chercher l'information utile. Faire valoir ses droits.

Tableau 12 : Liste des compétences à faire acquérir au patient. D'après (11)

Après avoir envisagé quelles étaient les compétences à acquérir par le patient, nous allons maintenant analyser l'échange qui existe entre le patient et le pharmacien au comptoir. Nous y aborderons principalement le problème de la transmission d'information ainsi que les spécificités d'apprentissage propres à chaque patient. La connaissance de ces éléments nous permettra enfin de choisir une méthode éducative adaptée.

2. LA COMMUNICATION ENTRE LE PATIENT ET LE PHARMACIEN

21. La problématique de la transmission d'informations

Expliquer, définir, transmettre des savoirs et des savoir-faire font du pharmacien un véritable éducateur de santé. En améliorant les connaissances et les compétences des patients, on lui permet d'atteindre un changement durable dans son comportement, afin d'adopter de bonnes attitudes.

Mais, comme le souligne Rantucci, « beaucoup de professionnels de santé font l'erreur de croire que la simple transmission d'informations suffit à fournir les connaissances et compétences nécessaires au patient. » (29)

De surcroît, d'Ivernois et Gagnayre insistent sur l'aspect personnel de l'apprentissage, en soulignant qu' « il n'existe pas deux apprenants qui apprennent de la même manière ». (11) L'apprentissage est, en effet, conditionné par divers facteurs.

211. Facteurs influençant l'apprentissage

D'Ivernois et Gagnayre dressent la liste des facteurs qui interviennent dans le processus d'apprentissage :

- **La motivation du patient.** Elle est définie comme « la source d'énergie alimentant l'apprentissage, qui déclenche et soutient l'attention ». (11) (Cf. partie 1)

- **La capacité de mémorisation.** Chaque être humain a une capacité de mémorisation limitée par rapport aux informations perçues.

- **Les préférences d'apprentissage.** Certains patients apprennent mieux en ayant recours à des expériences concrètes, par la manipulation ou l'essai, tandis que d'autres préfèrent les idées, en imaginant des concepts. Parallèlement, chaque

individu fait appel à un sens de perception pour appréhender le monde qui l'entoure. Ainsi, les patients « visuels » auront une préférence pour les formes, et les couleurs. Les individus « auditifs » s'intéresseront au rythme de la voix, aux sons. Les patients « kinesthésiques » accorderont de l'importance aux odeurs, au ressenti ou encore aux émotions.

Prendre en compte ces limitations implique, pour le pharmacien, de faire un choix dans les savoirs qu'il transmet et dans la manière de les transmettre.

212. Proposer un apprentissage adapté à chacun

Un apprentissage efficace est donc un apprentissage adapté à chacun. Le pharmacien peut garder cette règle à l'esprit lorsqu'il est amené à communiquer avec le patient. Sélectionner les informations en fonction de chaque patient permet de couvrir ses besoins spécifiques.

C'est l'entretien qui permet au pharmacien de déterminer ce que le patient sait déjà sur son traitement, ses croyances, les problèmes pratiques qui peuvent influer sur la prise du traitement. En effet, si les informations sont déjà connues par les patients, si elles ne sont pas adaptées ou si la manière de les transmettre n'est pas pertinente, il y a risque de lassitude, et / ou d'incompréhension.

Nous allons maintenant analyser la façon dont se déroule un entretien entre le pharmacien et le patient. Cela permettra d'envisager quelles informations transmettre et comment les transmettre.

22. Analyse d'un échange au comptoir

Si l'éducation du patient valorise l'interaction entre professionnel de santé et patient, ainsi que la personnalisation des informations qui sont fournies, on constate qu'il est fréquent de constater que l'entretien est souvent limité à un cours magistral du pharmacien qui monopolise la parole. Pourquoi et comment changer cette tendance ?

Passer d'une relation de type « cours magistral » à une relation de type « dialogue-discussion » demande plus de temps, et d'investissement de la part du pharmacien. Pourtant, cela permet d'améliorer l'interaction avec le patient. Pour le pharmacien, le dialogue permet d'obtenir beaucoup plus de renseignements sur le patient, et ainsi d'adapter les informations qu'il transmet. Pour le patient, la possibilité de s'exprimer lui permet de donner son point de vue, d'expliquer certains problèmes, de demander des explications. Au final, cette approche permet, pour le patient, d'améliorer sa compréhension du traitement et de modifier ses habitudes. Mais cette approche valorise aussi le pharmacien. Celui-ci évite de répéter mécaniquement les mêmes informations et s'implique activement dans l'éducation du patient.

La relation « idéale » entre professionnel de santé et patient implique donc un échange où chacun des communicants devient, successivement, émetteur puis receveur d'un message.

221. Le processus de communication entre deux individus

A l'officine, chacun des deux protagonistes, à tour de rôle, reçoit, ou émet des informations. L'ensemble de ces informations s'appelle un message. Celui-ci est interprété par le receveur qui manifeste un feedback (appelé aussi retour) pour montrer sa compréhension. (23)

La figure 14 présente le processus de communication entre deux individus.

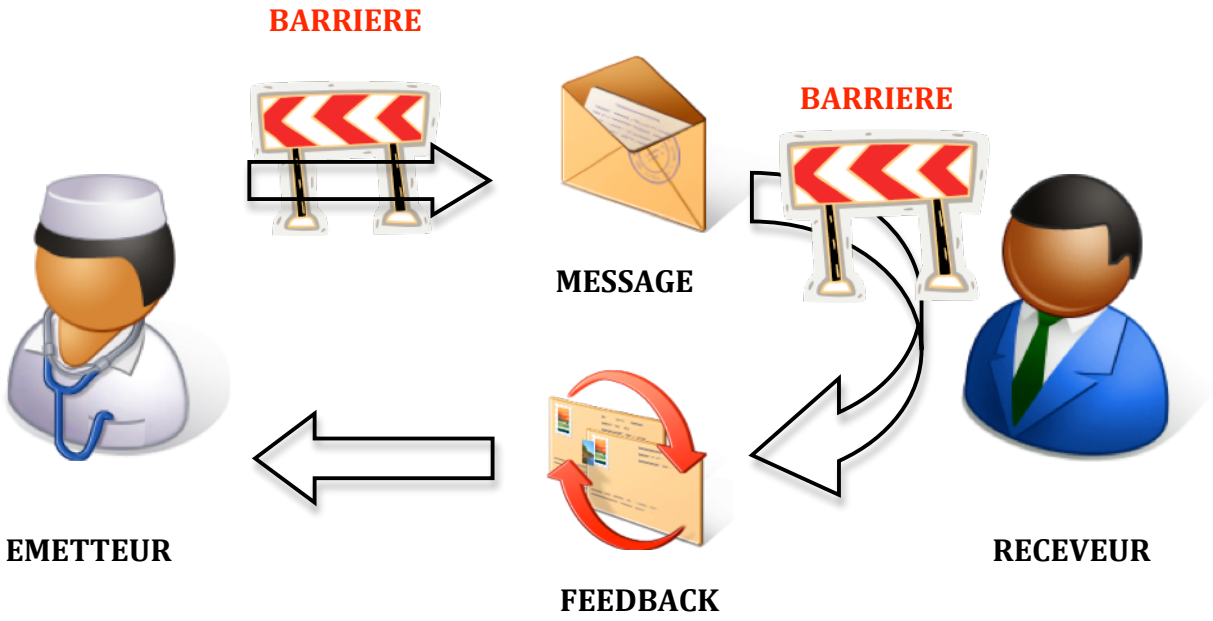

Figure 14 : Le processus de communication entre deux individus. D'après (23, 29).

Le processus de communication se déroule selon les étapes suivantes :

1. L'émetteur envoie un message. Au comptoir, il s'agit du pharmacien qui fournit une information ou du patient qui pose une question, par exemple.
2. Le message est envoyé vers le receveur. Il s'agit de l'ensemble des éléments transmis d'une personne à l'autre : informations, conseils, idées, mais également manifestations non verbales : émotions, attitudes.
3. Le receveur est le destinataire du message. Il reçoit, intègre et comprend –ou non- ce message.
4. Le feedback est un ensemble de signaux, verbaux et non verbaux, envoyés par l'émetteur pour montrer sa compréhension. Hocher la tête, répondre « oui », « j'ai bien compris », répéter ce qui vient d'être dit, reformuler sont des manifestations qui attestent de la bonne compréhension du message. A l'inverse, adopter une expression de stupeur, d'incompréhension, hésiter, répondre « je n'ai pas compris » indiquent à l'émetteur que son message n'a pas été correctement compris.

5. On remarque, dans le processus de communication, l'existence de barrières influant sur le contenu du message ou la qualité de la communication ; elles peuvent avoir pour origine le patient, le pharmacien ou l'environnement extérieur.

Pour transmettre correctement l'information, les deux communicants doivent prendre en compte ces obstacles à la communication. Bien appréhender ces barrières permet d'améliorer la communication entre les deux parties.

222. Les barrières à la communication

Les barrières à la communication sont multiples. Elles peuvent provenir aussi bien de l'émetteur du message, que du récepteur ou de l'environnement extérieur.

2221. Les barrières propres au patient

Les barrières propres aux patients sont multiples (29, 32) :

- **L'âge et le sexe :** ce sont les éléments les plus « visibles ». Il est évident que le pharmacien n'aborde pas l'entretien de la même manière, selon qu'il est face à un enfant, un adulte ou un senior. Par exemple, il sera sans doute amené a consacrer plus de temps et à augmenter le volume de sa voix pour expliquer quelque chose à une personne âgée en raison des handicaps –diminution de l'audition, de la vision, des facultés cognitives – dont elle est susceptible de souffrir.

  De même, certains patients préférèrent parler de problèmes typiquement féminins ou masculins à une personne du même sexe qu'eux. Parler de problèmes « gênants » avec une personne du sexe opposée peut être très difficile, voire impossible pour certaines personnes.

- **La situation sociale, économique et professionnelle.** Connaître la situation dans laquelle se trouve le patient permet d'adapter son discours. Par exemple, savoir qu'un patient exerce un métier impliquant la conduite de véhicules sensibilise à prendre en compte les risques de baisse de vigilance. Savoir qu'un patient a de faibles revenus indique au pharmacien que l'information principale pour le patient est de savoir combien le traitement va lui coûter.

- **La culture de santé.** Certains patients possèdent des connaissances importantes sur la maladie, les traitements, tandis que d'autres ont une culture de santé faible. Avoir évalué ces connaissances évite au pharmacien de répéter des informations déjà maîtrisées ou, au contraire, lui permet d'insister sur les informations les plus utiles.

- **Les croyances et les représentations.** Identifier les croyances et les représentations erronées permet de les aborder avec le patient afin de tenter de les changer.

- **L'influence de la maladie sur la vie quotidienne.** Le diagnostic d'une maladie ou les manifestations d'une pathologie chronique ont des conséquences non négligeables sur la vie quotidienne du patient, l'obligeant à modifier son rythme de vie, changer ses habitudes, renoncer à des activités. Par exemple, un individu qui souffre intensément focalise son attention sur la douleur plutôt que sur les informations qui lui sont données.

- **Les handicaps :** les handicaps, qu'ils soient physiques ou mentaux obligent le pharmacien a adapter son discours.

- **Le temps disponible.** Certains patients sont extrêmement pressés et n'ont pas de temps à consacrer à un entretien avec le pharmacien. Leur capacité d'écoute et de mémorisation s'en trouve réduite au minimum. Le pharmacien doit prendre en compte leur empressement et ne communiquer que sur les éléments indispensables du traitement, quitte à inviter le patient à revenir ou à téléphoner s'il désire plus d'informations.

2222. Les barrières propres au pharmacien

Si le pharmacien apparaît, aux yeux du patient, comme un professionnel de santé, il n'en reste pas moins un individu à part entière, qui a lui aussi ses forces et ses faiblesses. Comme le patient, le pharmacien peut également être à l'origine de barrières qui peuvent influer sur la qualité de l'entretien (29, 32) :

- **Le niveau d'expérience :** le pharmacien possède des connaissances dans de nombreux domaines : les sciences pharmaceutiques évidemment, mais également dans les techniques de communication, la psychologie. Chaque individu a des centres d'intérêts différents : il sera donc plus efficace dans ses domaines de prédilection.

- **La connaissance de la patientèle :** connaître ses patients permet au pharmacien de savoir comment se comporter avec eux. Si le professionnel de santé a déjà fait la preuve de sa compétence, il lui sera plus facile de communiquer et de gagner la confiance du patient.

- **La confiance en soi :** avoir confiance en soi est un élément essentiel dans le processus de communication. Le patient s'attend à avoir des informations fiables sur la santé. Si l'attitude du professionnel est hésitante, mal assurée, il sera difficile pour le patient de lui accorder sa confiance.

- **Le temps :** comme le patient, le pharmacien doit gérer son temps. S'il n'a pas suffisamment de temps à consacrer, le patient risque de ressentir une frustration, pouvant même influer négativement sur sa confiance dans le pharmacien.

- **L'attitude :** l'attitude générale du pharmacien conditionne l'efficacité de l'entretien et la confiance du patient.

2223. Les facteurs propres à l'environnement

On entend par facteurs environnementaux, tous les facteurs qui ne dépendent pas des deux individus impliqués dans l'entretien, et qui risquent de perturber son déroulement. Ces facteurs peuvent avoir plusieurs origines (29, 32) :

- **Des communications « parasites » :** il s'agit des interruptions dues au téléphone, à des demandes d'autres patients ou de collègues.

- **L'organisation de l'espace de travail :** un manque d'espace privé et de confidence, la hauteur des comptoirs ou des présentoirs sont autant de facteurs qui peuvent nuire à la qualité de l'entretien.

- **Des éléments perturbateurs :** des bruits parasites tels que l'aspirateur, des travaux dans la rue ou l'officine peuvent générer un bruit de fond nuisible.

Tous les facteurs précédemment listés risquent d'influencer négativement l'entretien entre professionnel de santé et patient. Même s'il est possible de maîtriser certains facteurs, le pharmacien sera pourtant souvent soumis à certaines contraintes. Cependant, la prise en compte des éléments « perturbateurs » lui permettra d'adapter son discours et d'améliorer son efficacité.

Cette première étape a examiné le processus de communication entre deux individus, et tous les éléments perturbateurs qui peuvent nuire à ce processus. L'étape suivante consiste, pour le professionnel de santé, à déterminer comment le patient intègre, comprend et mobilise l'information afin d'être capable par la suite, de s électionner une méthode éducative adaptée.

23. De quelle manière le patient intègre-t-il l'information ?

231. Le sens de perception prédominant

L'être humain dispose de cinq sens qui lui permettent d'appréhender l'environnement qui l'entoure : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher. Or il s'avère que chaque individu utilise préférentiellement un sens particulier pour interagir avec le monde qui l'entoure. C'est ce que l'on désigne par le système VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif). On retrouve le plus souvent ce système abrégé par « système VAK », les sens gustatif et olfactif étant intégrés dans le sens kinesthésique.

Ainsi, chaque individu utilise préférentiellement soit son sens visuel, soit son sens auditif, soit son sens kinesthésique (10) :

- **Un individu à tendance « visuelle »** porte son attention principalement sur les formes, les couleurs ou encore les contrastes. Il a tendance à se représenter des images mentales.

- **Un individu à tendance « auditive »** a une préférence pour les sons, la musicalité, le ton de la voix. Il a tendance a se remémorer des conversations ou des sons.

- **Un individu à tendance « kinesthésique »** se concentre avant tout sur les émotions, le ressenti ou encore le toucher, en s'intéressant aux textures, aux goûts, aux odeurs.

A l'officine, il n'est pas possible d'identifier immédiatement quel est le sens de perception prédominant chez son interlocuteur. Mais des éléments de conversation peuvent fournir des indices. Le vocabulaire, les phrases employées peuvent donner des indices sue le sens préférentiellement employé.

Le tableau 13 présente les principaux éléments en rapport avec chaque sens prédominant.

VISUEL	AUDITIF	KINESTHESIQUE
Dimension visuelle : Perception par les images, les symboles	*Dimension auditive :* Perception par les sons, la musicalité	*Dimension kinesthésique :* Perception par les émotions, les sentiments, le toucher
REFERENCES AU VOCABULAIRE		
Clair, sombre, lumineux, perspective, vision, voir, regarder, montrer, …	Fort, sourd, ton, mélodie, faire écho, entendre, écouter, résonner, …	Inquiétant, sensible, émotion, frisson, mouvement, goût, ressentir, toucher, éprouver, …
PHRASES TYPE		
« je vois », « c'est clair », « jeter un œil », « montrez-moi… »	*« j'entends bien », « ca me parle », « être sur la même longueur d'onde », « cela sonne bien », …*	*« cela me touche », « je sens que », « de bon goût », « ca me fait froid dans le dos »,…*
PREFERENCES D'APPRENTISSAGE		
L'information est mieux perçue et retenue quand elle est vue : préférences pour les écrits, schémas, ou dessins	L'information est mieux perçue et retenue quand elle est entendue : préférences pour les exposés, les discussions	L'information est mieux perçue et retenue quand elle fait appel au émotions et au ressenti : préférence pour la manipulation d'objets, le partage de sentiments

Tableau 13 : Principaux éléments propres à chaque sens utilisé préférentiellement. D'après (29)

A l'officine, la majorité de l'entretien repose sur une base auditive, puisque faisant intervenir essentiellement la parole. Il convient donc aussi de faire intervenir les sens visuel et kinesthésique, pour être sûr de solliciter le sens prépondérant. Montrer la taille, la couleur de la boite et/ou des comprimés sollicite le sens visuel. Insister sur le goût ou la forme, la manière d'utiliser la thérapeutique sollicite davantage le sens kinesthésique.

232. Le style d'apprentissage personnel du patient, selon Kolb

Lorsqu'une information parvient a un individu, elle est d'abord intégrée, assimilée et comprise puis utilisée pour résoudre des problèmes, prendre des décisions ou encore créer de nouvelles significations.

Un des modèles d'apprentissage les plus fréquemment utilisés est celui proposé par David Kolb en 1984**.** Le modèle décrit par Kolb s'intéresse à deux dimensions de l'apprentissage : la perception des données et leur intégration. Ces deux dimensions sont représentées comme des *continuums,* chacun délimités par deux extrêmes, dont les positions « extrêmes » définissent quatre éléments d'apprentissage :

- **Le continuum de perception** définit comment l'individu envisage les choses. Soit d'une manière concrète, en observant les choses telles quelles sont. On parle alors d'expérience concrète. A l'inverse, si l'individu perçoit les choses de manière abstraite, il préfère envisager les choses en tant qu'idées ou concepts. On parle dans ce cas de conceptualisation abstraite.

- **Le continuum d'intégration** définit comment l'individu utilise les résultats de sa perception. Soit l'individu agit de manière active. Il essaye de prouver que les conclusions auxquelles il est arrivé fonctionnent. On parle alors d'expérimentation active. Soit l'individu agit de manière réflexive. Il préfère observer si les conclusions auxquelles il est parvenu fonctionnent. On parle alors d'observation réfléchie.

D'après ces quatre extrêmes, Kolb a défini quatre styles d'apprentissage : dynamique, innovateur, analytique et pratique. (19) (Cf. figure 15)

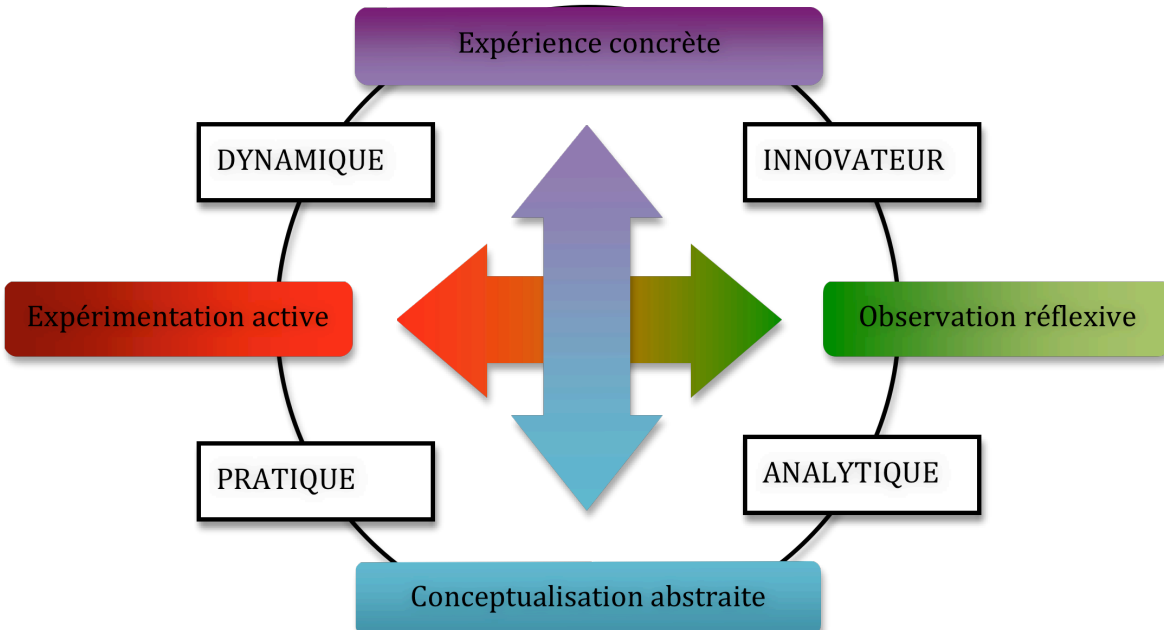

Figure 15 : Les quatre styles d'apprentissage définis par Kolb. D'après (19, 29, 49)

Suivant ses préférences de perception et d'intégration, l'individu choisira un style parmi les quatre définis par Kolb :

- **Le style innovateur (ou divergent) : concret / réfléchi.**

  Le style innovateur se caractérise par l'observation et l'interprétation de situations concrètes de différents points de vue. « L'innovateur » est imaginatif. Il préfère ainsi collecter les informations et les organiser de différentes manières pour pouvoir aborder un problème sous différents points de vue. Il a tendance à réfléchir sur sa propre expérience et s'intéresse au « pourquoi » d'une situation.

  « L'innovateur » est généralement présenté comme sensible, empathique et intéressé par les autres et leurs émotions. Les méthodes pédagogiques préférentielles sont celles qui impliquent des activités de groupe, des jeux de rôle, des échanges avec les pairs.

- **Le style analytique (ou assimilateur) : abstrait / réfléchi.**

  Le style analytique se caractérise par l'appropriation de nombreuses informations et leur intégration logique. Il est habile à réorganiser logiquement des informations disparates. « L'analytique » s'intéresse davantage à des présentations faisant intervenir des concepts ou des idées précises et logiques qu'à des approches basées sur la pratique. Il a donc tendance à analyser quelles informations sont utiles.

  Comme « l'analytique » préfère jongler avec les concepts et les idées, il s'intéresse moins aux applications pratiques et aux autres individus. Les méthodes pédagogiques préférentielles sont celles qui impliquent une instruction individuelle, telles que des cours théoriques, des exposés ou la lecture de documents imprimés.

- **Le style pratique (ou convergent) : abstrait / actif.**

  Le style pratique se caractérise par la mise en pratique d'idées ou de théories. Il est capable de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions en trouvant des réponses aux questions et problèmes, mais préfère des problèmes où la solution est unique. Il aime également trouver des applications pratiques à des idées. « Le pratique » aime les faits, et s'intéresse au « comment » d'une situation.

  Comme « le pratique » s'intéresse davantage aux choses et à l'aspect technique, il laisse de côté l'aspect social et interpersonnel. Les méthodes pédagogiques préférentielles impliquent une instruction individuelle, telles que les travaux pratiques, les études de cas, l'apprentissage par ordinateur.

- **Le style dynamique (ou accommodateur) : concret / actif.**

  Le style dynamique se caractérise par la mise en œuvre d'expériences pratiques dans lesquelles il s'implique personnellement et activement. A l'inverse de l'analytique, « le dynamique » préfère l'action à la pensée. Il préfère s'en remettre à son intuition plutôt qu'à la logique et accepte de prendre des risques. Il a donc tendance a résoudre les problèmes par essais / erreurs, plutôt que d'une manière logique. Il est habile pour gérer des situations qui exigent une décision rapide et

qui impliquent une certaine part d'improvisation. « Le dynamique » s'intéresse davantage aux conséquences d'une situation.

« Le dynamique » a tendance à se fier à l'analyse et au jugement des autres. Il accepte de travailler en équipe. Les méthodes pédagogiques préférentielles impliquent plutôt des activités de groupe : jeux de rôles, participation en petits groupes, échanges de commentaires.

Aucun style d'apprentissage n'est meilleur qu'un autre. Bien que chaque individu ait une préférence pour un des quatre styles, il peut utiliser les trois autres en fonction de la situation. En effet, les situations d'apprentissage sont telles que l'individu adapte ses habiletés en fonction de la situation qui se présente à lui. (22, 29, 45, 49).

24. Sélectionner une méthode éducative

Quelle approche éducative adopter ? De quels moyens éducatifs dispose le pharmacien ? Dans quelles circonstances, et avec quels patients est-il amené à utiliser un outil pédagogique plutôt qu'un autre ?

Dans un contexte pédagogique, d'apprentissage, nous avons vu qu'il est essentiel, pour le professionnel, de définir quels sont les besoins et les objectifs. Mais faire atteindre ces objectifs au patient nécessite de multiples outils pédagogiques : il est évident qu'on ne communiquera pas de la même façon si le patient est un enfant ou une personne âgée. Il faut toujours garder à l'esprit qu'une information transmise n'est pas forcément une information comprise. Sélectionner la manière de transmettre l'information, savoir quelle approche éducative adopter, permet au pharmacien de mener efficacement l'entretien.

241. Différences entre pédagogie et andragogie

Quel ton adopter lors d'un entretien avec le patient lorsqu'il s'agit de lui transmettre de nouveaux savoirs ? Spontanément, le pharmacien a tendance à adopter un style scolaire,

à l'image d'un professeur. La plupart du temps, il transmet les informations de la même manière qu'il les a reçues : à la manière d'un cours magistral.

Cette attitude est-elle la meilleure ? On la retrouve fréquemment dans les enseignements primaire et secondaire, à destination des enfants ou des adolescents. Des recherches ont été menées sur l'apprentissage des adultes et des enfants. Elles arrivent à la conclusion que si enfants et adultes sont tous capables d'apprendre, les conditions, les motivations d'apprentissage, sont différentes. Ce sont ces différences qui ont amené à séparer la pédagogie (l'apprentissage des enfants) et l'andragogie (l'apprentissage des adultes).

Rantucci remarque que quatre concepts fondamentaux sur les caractéristiques d'apprentissage diffèrent : la conception de soi, l'expérience, l'envie d'apprendre et les possibilités d'apprentissage. La comparaison entre pédagogie et andragogie selon ces quatre concepts est présentée dans le tableau 14.

	PEDAGOGIE	**ANDRAGOGIE**
Conception de soi	La relation entre enseignant et élève est dirigée : l'élève est dépendant, l'enseignant dominant. Celui qui enseigne décide quels sujets étudier, quand et comment ils le seront, et de quelle manière les connaissances seront évaluées.	L'apprenant est indépendant : il dirige lui-même son apprentissage. Celui qui enseigne l'encourage et l'incite à continuer dans cette direction.
Expérience	Pas ou peu d'expérience. Besoin de méthodes d'enseignement didactiques.	Utiliser l'expérience comme ressource pour l'éducation. Préférence pour les méthodes d'éducation utilisant des exercices à base de résolution de problèmes, de discussion sur l'expérience accumulée.
Envie d'apprendre	Les cours sont « standardisés ». Les individus apprennent ce qui a été défini comme essentiel.	Besoin d'applications concrètes et pratiques. Les individus apprennent ce qu'ils ont besoin d'apprendre.
Possibilités d'apprentissage	Connaissance du sujet. Les cours sont organisés en grandes matières.	L'apprentissage est adapté suivant en fonction de l'évaluation des progrès.

Tableau 14 : Comparaison entre méthode éducative pédagogique et androgogique. D'après (29).

Ce tableau présente les caractéristiques de l'enseignement à proposer aux adultes. Il met en évidence les spécificités d'apprentissage de l'adulte. Celui-ci doit percevoir par lui-même l'intérêt et le besoin d'apprendre. Cet apprentissage doit permettre de résoudre un problème immédiat et concret, en faisant appel à sa propre expérience.

Ces spécificités nous indiquent que l'attitude initiale, de transmission scolaire, n'est pas forcément la plus efficace. Plutôt que de lister des informations, des consignes, le professionnel peut choisir quelles informations fournir. Cette attitude valorise les deux parties. Le pharmacien ne répète pas mécaniquement une série de consignes inadaptées au patient. Le patient, pour sa part, est plus réceptif aux informations, puisqu'elles lui sont spécifiquement délivrées pour résoudre son problème.

Intéressons-nous maintenant aux moyens d'éducation, c'est à dire, aux outils que le pharmacien possède pour aider le patient dans le processus d'apprentissage.

242. Diverses méthodes éducatives (1, 29)

Un message, quelqu'il soit, peut être transmis de différentes manières. Mais suivant le ou les récepteurs, certaines manières sont plus efficaces que d'autres. A l'officine, en fonction du patient, le pharmacien n'utilisera pas les mêmes outils. Voici la liste des différentes possibilités qui s'offrent au professionnel de santé, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

2421. L'exposé

Il s'agit, sans doute, de la manière la plus traditionnelle et la plus répandue de transmettre un message. L'avantage de cette technique est de s'affranchir du nombre de personnes : le discours est adaptable à une personne comme à un groupe. L'inconvénient majeur de cette technique est que le contenu du discours n'est pas personnalisé, et que les informations ne sont pas adaptées à chaque patient. En outre, cette technique ne valorise pas non plus l'échange et place le pharmacien dans une situation de monologue. Le patient qui se trouve dans cette situation est passif et risque de s'ennuyer vue la quantité d'informations qui lui sont fournies. La technique de

l'exposé est donc une méthode à privilégier pour enseigner à un groupe. Elle est peu efficace lors d'un entretien individuel.

2422. Le dialogue

Le dialogue est proche de l'exposé dans la manière d'aborder l'entretien, mais valorise l'interaction entre les deux communicants. La discussion est toujours menée par le pharmacien, mais donne la possibilité au patient de participer, et de prendre une position active dans la prise en charge de sa maladie. Le dialogue permet au professionnel de santé d'obtenir des renseignements sur le patient, son état d'esprit, ses connaissances sur sa maladie et son traitement. A l'inverse de l'exposé, cette discussion valorise la personnalisation du conseil, et le choix des informations à transmettre. En effet, l'inconvénient des méthodes orales étant la faible mémorisation des informations communiquées, il convient de choisir les informations indispensables à la situation, quitte à les répéter. L'évaluation à la fin de l'entretien permet de vérifier que le message a été bien compris.

2423. Les imprimés

On désigne par « imprimés », l'ensemble des informations qui sont rédigées sous forme écrite. On y retrouve les notices explicatives accompagnant chaque médicament, les dépliants et fiches éditées par les laboratoires pharmaceutiques ou les institutions de santé, les informations portées directement sur les boîtes de médicaments, ou les fiches d'aide ou de conseil que le pharmacien peut rédiger.

Contrairement à une méthode orale, une méthode écrite permet de garder une trace des informations. Si le patient ne se rappelle plus certaines données, hésite, il peut consulter à loisir les documents écrits pour se rafraîchir la mémoire. Les études réalisées au cours des vingt dernières années ont montré que la documentation écrite permet d'améliorer les connaissances des patients, l'identification et la gestion des effets secondaires ainsi que l'observance des traitements.

Cependant, cette méthode, si elle est utilisée seule présente plusieurs inconvénients. Tout d'abord, elle n'est pas adaptée à tous les individus. Les patients en situation d'illettrisme ou ne maîtrisant pas la langue, ainsi que ceux présentant un handicap visuel ne pourront pas utiliser les supports écrits pour obtenir l'information. Ensuite, la documentation écrite apporte un volume conséquent d'informations. Or, le patient ne peut retenir qu'un volume limité de données. Si le contenu est trop long et pas adapté au cas du patient, il y a risque que celui-ci n'utilise pas le support écrit qui lui a été remis.

Dans tous les cas, la documentation écrite ne peut suffire à elle seule. Parce qu'elle n'est pas personnalisée et qu'elle contient un volume important d'informations, elle risque de décourager le patient. En revanche, utilisée en complément d'une discussion avec le patient, elle permet de l'aider à fixer ses idées.

2424. Les démonstrations pratiques

Certains médicaments nécessitent qu'on manipule un dispositif pour délivrer le principe actif, comme c'est le cas, par exemple, des appareils utilisés dans le traitement de l'asthme. D'autres ont besoin d'une préparation préalable, c'est le cas, par exemple, de certains collyres ou préparations nasales. D'autres encore nécessitent l'utilisation d'un appareil de mesure, comme c'est le cas, par exemple, des lecteurs de glycémie ou des auto-tensiomètres. Bien que l'explication orale et/ou écrite accompagne toujours la délivrance, la manipulation permet d'acquérir le savoir-faire. Faire manipuler l'appareil au patient permet de détecter les erreurs et de corriger les gestes. Certains laboratoires pharmaceutiques fournissent même des appareils de démonstration contenant des placebos. Ces appareils permettent au pharmacien d'associer aux conseils la manipulation des dispositifs par le patient.

2425. Les outils multimédia

Les outils multimédias se distinguent des autres méthodes précédemment citées, dans la mesure où ils associent à un support visuel (images ou vidéos), un support auditif, voire, dans le cas de supports informatiques, une interaction directe avec l'utilisateur.

Le développement de ces supports multimédia permet désormais à certaines institutions ou à certains laboratoires, de proposer des outils pédagogiques nouveaux, comme par exemple, des vidéos sur internet ou sur DVD, des questionnaires d'évaluation ou des formations en ligne. Ces supports fournissent des informations sur les pathologies, la thérapeutique, et / ou des démonstrations pratiques d'appareils.

Ces méthodes présentent l'avantage d'être plus « attrayantes » pour le patient qu'une discussion ou une fiche à lire. Mais elles ont l'inconvénient de ne pas être forcément adaptées en terme de contenu. Sans compter qu'elles nécessitent également du matériel (lecteur DVD, connexion internet) pour pouvoir accéder au contenu, matériel que le patient ne possède pas obligatoirement.

Depuis le développement d'Internet, de nombreuses associations, institutions ou laboratoires ont créé leur site web. Ces sites permettent de dispenser des informations concernant les pathologies, la thérapeutique ou les comportements et attitudes à adopter. La plupart des sites disposent également de plateformes téléphoniques ou Internet qui permettent au patient d'être mis en contact avec l'organisme ou l'association. Ces sites permettent de fournir des informations de manière différente. Le contenu inclut souvent des graphiques, des animations interactives, des vidéos, à destination du pharmacien ou du patient. Cependant, la prudence s'impose quant à la qualité du site. Aussi le pharmacien conseillera préférentiellement la visite des sites gouvernementaux, d'institutions de santé ou d'associations reconnues officiellement, pour lesquels les données sont vérifiées et fiables.

243. La mémorisation de l'information

La capacité de mémorisation de tout être humain est limitée par rapport aux informations fournies. La somme de messages reçus par chaque individu est telle qu'il est impossible de mémoriser l'ensemble des signaux, et la mémoire doit donc opérer un processus de sélection.

2431. Le problème de la mémorisation des informations

Dans le cadre de l'éducation du patient, le processus de sélection d'informations peut avoir des conséquences négatives :

- L'oubli immédiat des informations transmises. De nombreux auteurs se sont penchés sur le problème de la transmission des savoirs. Kessels affirme que, suivant les patients, «entre 40 à 80% des informations fournies par les professionnels de santé sont immédiatement oubliées ». (18)

- Kessels a également mentionné que : « la capacité de mémorisation est de moins en moins efficace à mesure que la quantité d'informations augmente. » (18) D'Ivernois et Gagnayre ajoutent qu' « après 45 minutes d'un exposé, les capacités de mémorisation ont baissé de moitié. De plus, l'attention est facilement débordée par un trop plein d'information. » (11)

Si les informations sont trop exhaustives ou à l'inverse trop succinctes, le patient risque de ne pas mémoriser les détails importants, et de se tromper dans la prise des médicaments ou la manipulation du matériel. Il apparaît donc indispensable, pour le pharmacien, de se focaliser sur les informations essentielles.

2432. Faciliter la mémorisation des informations

La quantité d'informations retenue dépend essentiellement de trois facteurs : le patient, le support de transmission et le professionnel de santé.

Même si l'information et la méthode éducative sont adaptées au patient, sa capacité de mémorisation sera très réduite si cette information n'est pas correctement présentée par le pharmacien.

Le tableau 15 dresse la liste des éléments qui facilitent la mémorisation des informations.

ELEMENTS FACILITANT LA MEMORISATION DES INFORMATIONS
- **Utiliser des phrases courtes.** Eviter les phrases longues, complexes ou difficiles à comprendre. - **Eviter le jargon ou la terminologie technique.** Préférer des mots courants ou définir les termes techniques au besoin. - **Eviter les termes vagues ou imprécis**, qui peuvent provoquer des confusions. Définir clairement ces termes. Par exemple, définir « boire beaucoup d'eau » comme « boire un demi-litre d'eau » ou « à jeun » par « une heure avant le repas ». - **Utiliser des phrases actives,** c'est à dire des phrases qui emploient des verbes d'action - **Employer autant que possible une formulation affirmative**, sauf dans le cas où l'on signale d'éviter une action. Par exemple, préférer *« prendre au milieu du repas »* que *« ne pas utiliser l'estomac vide ».* - **Donner les informations essentielles au début et à la fin de l'entretien**. Les patients concentrent leur attention au début et à la fin de l'interaction. - **Valoriser et répéter les informations essentielles**. Une phrase d'introduction du type *« il est important que… »* aide le patient à retenir l'information qui suit. - **Argumenter l'information**. Le patient retient mieux l'information quand il comprend son intérêt. Par exemple, expliquer pourquoi il est important de terminer un traitement antibiotique même si les symptômes ont disparu.

Tableau 15 : Eléments facilitant la mémorisation des informations (29, 32, 52, 55)

25. Comment valoriser l'apprentissage du patient ?

Dans son analyse de l'entretien patient-pharmacien, Rantucci note que « les patients comprennent et mémorisent mieux l'information quand elle est classée en catégories et tâches à accomplir » (29). Elle propose de décomposer l'entretien en cinq étapes : l'étape d'accueil, l'étape pour recueillir l'information et les besoins, l'étape pour résoudre les problèmes, l'étape pour dispenser l'information et éduquer et finalement l'étape de conclusion. (29)

251. Les trois étapes préalables à la dispensation de l'information

Selon Rantucci, la dispensation de l'information nécessite, de passer par trois étapes préalables (29) :

- **1. L'étape d'accueil.** Elle permet de mettre à le patient à l'aise et d'instaurer un climat de confiance entre le soignant et le soigné. Le pharmacien peut profiter de ce moment pour préparer l'étape suivante, par exemple, en expliquant au patient le but et la nécessité des questions qui pourront être posées.

- **2. L'étape de « collecte des informations ».** Elle permet d'évaluer le niveau de connaissances et les besoins du patient, ainsi que l'état d'esprit dans lequel il se trouve. La pratique du questionnement, associée à celle de l'écoute et de l'empathie permettent non seulement de savoir ce que le patient sait déjà sur le traitement, mais également d'évaluer ses émotions, ainsi que sa motivation, ses croyances, ou ses préférences d'apprentissage. Cette étape est également le moment, pour le pharmacien, d'évaluer les éventuels problèmes qui pourraient se présenter, en lien avec le traitement.

- **3. L'étape de résolution des problèmes.** Cette étape « permet au pharmacien de résoudre les problèmes existants ou potentiels reconnus » (12). Mais cette étape est aussi le moment de définir, avec le patient, les modalités du plan de prise thérapeutique, comme par exemple, les moments de prise des traitements.

Après avoir pris connaissance des informations relatives au patient, à son état de santé, à son traitement, le pharmacien aborde véritablement la quatrième étape : l'étape éducative.

252. L'étape éducative

En orientant son discours pour transmettre les informations qu'il juge les plus importantes, le pharmacien s'assure de répondre aux besoins du patient. L'étape d'éducation lui permet de transmettre correctement ces renseignements.

Qu'il s'agisse d'une nouvelle ordonnance, d'un renouvellement ou d'une demande spontanée, le pharmacien doit communiquer les informations qu'il juge les plus importantes au patient. Selon le type de pathologie, son caractère aigu ou chronique ou encore les mesures hygiéno-diététiques associées, les informations sont susceptibles de varier.

2521. L'apprentissage concerne un nouveau traitement

Dans le cas d'un nouveau traitement, les informations sont généralement conséquentes. Elles concernent tous les aspects du médicament, qu'il s'agisse de son nom, de son indication, ses modalités de prise ou ses effets secondaires. Rantucci dresse la liste exhaustive de toutes les informations importantes sur le traitement. (29) (Cf. tableau 16) Ces informations sont à adapter aux besoins réels du patient.

DANS LE CAS OU L'INFORMATION CONCERNE UNE NOUVELLE PRESCRIPTION
- **Expliciter clairement le nom et l'indication du médicament.** o Indiquer la correspondance entre médicament princeps, générique et co-marketing, sur la boîte et/ou l'ordonnance pour éviter les confusions. o Expliquer clairement l'indication du produit en évitant au possible d'utiliser du jargon ou un langage trop technique. Si nécessaire, indiquer l'indication du médicament sur la boite. - **Indiquer la posologie et les modalités d'utilisation.** o Détailler avec le patient les modalités de prise, c'est à dire quelle quantité prendre, à quel moment et à quelle fréquence. o S'aider, au besoin, d'outils de mémorisation, tels que tableaux de prise ou semainiers. o Envisager avec le patient les éventuels problèmes de prise qui pourraient se poser (impossibilité de prendre ses médicaments sur le lieu de travail, ou utilisation de médicaments diminuant la vigilance sur la route, par exemple) o Expliciter, le mode d'emploi de certains appareils comme les inhalateurs ou les lecteurs de glycémie. Encourager le patient à manipuler par lui-même l'appareil et corriger la manipulation si besoin. o Attirer l'attention du patient sur les formes galéniques particulières et leur voie d'administration, comme, par exemple, dans le cas de comprimés gynécologiques. - **Signaler les principaux effets secondaires qui risquent de se produire.** o Signaler au patient les effets secondaires les plus fréquents. o Anticiper les problèmes en aidant le patient à rechercher des solutions pour les éviter ou les minimiser. - **Indiquer les précautions d'emploi et les contre-indications.** o Indiquer au patient les associations de médicaments à éviter absolument (triptans et macrolides ou antalgiques de palier 2 et paracétamol en automédication par exemple) o Prévenir le patient des risques d'associations avec d'autres produits de consommation (alcool et benzodiazépines, ou jus de pamplemousse avec lercanidipine ou simvastatine par exemple. - **Préciser le mode de conservation s'il y a lieu.** Dans le cas de médicaments de la chaîne du froid (insulines, vaccins), rappeler au patient la nécessité de conservation au réfrigérateur.

Tableau 16 : Stratégie éducative à mettre en place lors de la délivrance d'une nouvelle ordonnance. D'après (29)

2522. L'apprentissage concerne un traitement déjà connu du patient

Lorsque l'information concerne le renouvellement d'une ordonnance, le patient possède théoriquement une connaissance du traitement. Si aucun problème d'observance ou d'effets secondaires n'a été mis en évidence pendant l'étape de collecte des informations, le patient n'a peut être pas besoin d'informations supplémentaires. Dans ce cas, le pharmacien peut réaffirmer les renseignements donnés auparavant sur les précautions d'emploi.

Le tableau 17 détaille toutes les informations que le pharmacien peut être amené à fournir.

DANS LE CAS OU L'INFORMATION CONCERNE UN RENOUVELLEMENT
- Passer en revue les différents médicaments et vérifier le niveau de connaissance du patient. Répéter les informations ou les corriger si nécessaire. - Analyser les problèmes d'observance s'il y a lieu. Rechercher avec le patient les causes des problèmes d'observance (voir précédemment) - Analyser les problèmes liés aux effets secondaires ou aux modalités de prise. Aider le patient a rechercher des solutions pour prévenir ou minimiser les effets indésirables.

Tableau 17 : Stratégie éducative à mettre en place lors d'un renouvellement d'ordonnance. D'après (29)

253. L'étape de conclusion

L'étape de conclusion termine l'entretien avec le patient. Cette étape est l'occasion, pour le pharmacien de revenir sur les points essentiels, le dernier message entendu étant celui qui est habituellement le mieux mémorisé.

Cette étape devrait également permettre au patient de pouvoir poser des questions supplémentaires s'il reste des éléments qu'il n'a pas compris. Le pharmacien peut également faire preuve de sa disponibilité en invitant le patient à revenir ou le recontacter s'il a d'autres questions.

Au terme de l'entretien au comptoir, l'échange qui a eu lieu entre le professionnel de santé et le patient doit avoir permis de partager des informations importantes. En faisant preuve d'ouverture, d'écoute, en adoptant une attitude empathique, le pharmacien peut déterminer quels sont les besoins, ou l'état d'esprit du patient, et ainsi proposer une réponse adaptée, et personnalisée. Pour le patient, l'observation, chez le professionnel de santé d'une ouverture et d'une implication véritable, renforce le sentiment de confiance. La relation est alors profitable aux deux parties.

CONCLUSION

Eduquer le patient, l'aider à comprendre et à apprendre, lui fournir les outils pour lui permettre de devenir acteur de sa propre santé font désormais partie des nouvelles pistes à explorer pour valoriser notre profession.

La publication de la loi HPST, sous le Ministère de la Santé de Roselyne Bachelot, et l'intégration de l'éducation thérapeutique du patient dans le parcours de soin sont aujourd'hui une réalité.

Mais mettre en place cette éducation ne se fera pas instantanément. La publication de la loi n'est que le premier jalon sur la route vers l'éducation du patient, et nul doute que les prochaines années vont voir ce processus se développer.

Dans son discours, la Ministre de la Santé avait affirmé que l'éducation thérapeutique « n'est pas un nouveau métier ». (60) Pourtant, le professionnel de santé va devoir acquérir ou améliorer ses compétences dans des domaines variés, tels que la psychologie, la sociologie ou encore la pédagogie.

Cette évolution de compétences permettra d'ouvrir au pharmacien de nouvelles voies à explorer.

En abordant une dimension éthique, l'éducation du patient permet au professionnel de santé de se rapprocher du patient. Etre à l'écoute de ce dernier, comprendre et prendre en compte ce que celui-ci ressent offre au professionnel de santé la possibilité de tisser des liens entre soignant et soigné. Ces liens améliorent la confiance, le respect mutuel et permettent au patient de se sentir à l'aise.

En outre, en acceptant de partager ses connaissances, le pharmacien se met au même niveau que le patient : il n'est plus le professeur qui monologue et enseigne, mais le partenaire, qui reste à l'écoute et propose ses services tout en offrant un espace de dialogue. Au lieu de répéter mécaniquement les mêmes informations, le pharmacien adapte et personnalise son discours en fonction des besoins de chacun. Par cette démarche, il valorise, non seulement son patient, mais également son propre travail.

En permettant au patient de devenir acteur de sa propre santé, l'éducation du patient aborde également une dimension économique. Dans un contexte de crise, les mesures de restrictions budgétaires pèsent sur l'économie de la Santé. En aidant le patient à mieux utiliser ses médicaments, en le sensibilisant aux mesures d'hygiène de vie ou aux attitudes de prévention, le pharmacien optimise l'emploi et l'observance des traitements. Au final, l'amélioration de l'utilisation de la thérapeutique se manifestera également par une diminution des coûts.

Le pharmacien n'est certes qu'un maillon dans la chaine de l'éducation du patient. Cependant, en améliorant ses compétences relationnelles et éducatives, il pourra à la fois se rendre indispensable et intervenir de manière complémentaire avec les autres professionnels de santé.

En se penchant sur l'éducation du patient, il pourra également modifier sa vision de son rôle de pharmacien. Son regard, traditionnellement porté vers le médicament, intégrera aussi l'humain qu'est le patient, qu'il a pour vis à vis.

ANNEXES

Annexe 1 : Loi relative à l'Education Thérapeutique du Patient publiée le 21 juillet 2009

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84

Code de la santé publique
Première partie, livre premier, titre VI

Article L1161-1

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

Article L1161-2

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

Article L1161-3

Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L1161-4

Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

Article L1161-5

Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

Article L1161-6

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Annexe 2 : Exemple d'autoquestionnaire utilisé pour évaluer l'observance : l'autoquestionnaire de Girerd utilisé dans l'hypertention (autoquestionnaire de Girerd). D'après (16)

Test d'évaluation de l'observance

1. Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? ❒ oui/non ❒
2. Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ? ❒ oui/non ❒
3. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? ❒ oui/non ❒
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jous votre mémoire vous fait défaut ? ❒ oui/non ❒
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? ❒ oui/non ❒
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? ❒ oui/non ❒

Interprétation du test :

– Bonne observnce (0 oui)
– Minime problème d'observance (1 ou 2 oui).
– Mauvaise observance (≥ 3 oui)

Annexe 3 : Exemple d'autoquestionnaire édité par l'Assurance Maladie utilisé dans l'évaluation de l'observance. D'après (43)

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	❐	❐
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	❐	❐
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	❐	❐
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	❐	❐
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	❐	❐
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	❐	❐

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,** il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,** il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,** il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Annexe 4 : Représentations du patient à propos des médicaments. D'après (29)

Type de représentation	*Définition*
Contrôle	La prise d'un traitement provoque chez le patient un sentiment de contrôle sur soi-même et sur la maladie
Représentation de la maladie	La représentation de la maladie se fait, pour le patient, non pas par le diagnostic médical, mais par la prise de médicaments.
Justification du rôle social de malade	Le fait d'avoir une prescription médicale justifie d'un rôle social de malade : il permet d'excuser l'absence au travail, certains comportements, etc…
Le médicament en tant que cadeau	La prescription médicale est vue comme un cadeau, c'est à dire, symboliquement, comme le fait de prendre soin du patient. Les médicaments symbolisent également ce cadeau, et, qui plus, est, sont fournis par une autorité compétente qu'est le professionnel de santé.
Le médicament en tant que menace	Certains patient développent une ambivalence de représentations concernant le médicament : si celui-ci soigne et permet de guérir, il est également perçu comme une substance chimique (non naturelle) susceptible de dérégler l'organisme (effets secondaires) et rendre dépendant. Le mot « drogue » reflète également cette ambivalence si l'on se réfère à la définition du dictionnaire.
Le médicament en tant que partie du médecin	Pour certains patients, il existe un lien cognitif entre prise de médicaments, et le médecin qui les a prescrits. Cette prise peut être vue comme une remémoration de la décision médicale.
Le médicament en tant que totem	Le médicament peut représenter pour le patient, la preuve materielle de la capacité du médecin de soigner et guérir.
Le médicament en tant que placebo	Ce n'est pas tant ce qui est contenu dans le médicament que le fait de prendre un traitement qui compte pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) PAVOT A.-L. *L'éducation du patient à l'officine. Enquête et perspectives.* Université Henri Poincaré, Nancy, juillet 2008.

(2) SIMPSON E. J. The classification of educational objectives, psychomotor domain. University of Illinois, Urbana, Illinois, 1966.

(3) BEARDSLEY R.S., KIMBERLIN C.L., TINDALL W.N. *Communication skills in pharmacy practice : a practical guide for students and practitioners*, 5th revised edition, Lippincott Williams & Wilkins, janvier 2007, 256 p.

(4) BIOY A. *Communication soignant-soigné.* Bréal. Juin 2003. 240 p.

(5) BLOOM B.S. *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals.* Susan Fauer Company, Inc. 1956.

(6) BLOOM B.S. KRATHWOHL D.R., MASIA B.B. *Taxonomy of educational objectives. Handbook II : the affective domain.* 1964.

(7) BRUCHON-SCHWEITZER M. *Concepts, stress, coping.* Recherche en soins infirmiers vol 67, décembre 2001, p 68-83

(8) BRUNNER L., SMELTZER S., SUDDARTH D. *et all*. *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: Appareil respiratoire*, 3éme édition française, De Boeck université, juillet 1994, 280 p.

(9) CRAMER J.A. A systematic review of adherence with medications for diabètes. Diabetes Care, vol. 37, n°5, mai 2004. pp. 1218-1224.

(10) DE LASSUS R. *La communication efficace par la PNL*, Marabout, mai 1992, 283 p.

(11) D'IVERNOIS J.F, GAGNAYRE R. *Apprendre à éduquer le patient*. 3ème édition, Maloine, 2008, 143 p.

(12) ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS. Edition 2006.

(13) FALVO D.R. *Effective patient education: a guide to increased compliance.* 4th revised édition, John and Bartlett Publishers, inc, Avril 2010, 512 p.

(14) FISCHER G.N. et TARQUINIO C. *Concepts fondamentaux dans la psychologie de la santé*, Dunod, 2006, 268 p.

(15) GARD P. *A behavioural approach to pharmacy practice.* Blackwell Science LTD, Janvier 2000, 169 p.

(16) GIRERD X., DIGEOS-HASNIER S., LE HEUZEY J.Y. *Guide pratique de l'hypertension artérielle*, 3ème édition, Masson, 2mai 2005, 209 p.

(17) HOUSSET B. *Apprentissage de l'exercice médical.* 2ème édition, Masson, octobre 2008, 303 p.

(18) KESSELS R.P.C. *Patient's Memory for médical information.* Journal of the royal society of médicine, mai 2003, vol. 96, pp 219-22.

(19) KOLB D.A. Experiential Learning. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, 1984, 256 p.

(20) KUBLER-ROSS E. *On death and dying,* The Mcmillan Company, New York, 1969.

(21) LAZARUS R.S. et FOLKMAN S. *Stress, appraisal, and coping.* New York : Springer, 1984, 456 p.

(22) LEBRUN M. *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre*, De Boeck, janvier 2007. 206 p.

(23) LINDH W., *et all. Delmar's Comprehensive Medical Assisting: Administrative and Clinical Competencies*, 4th edition, Delmar Cengage Learning, avril 2009, 1552 p.

(24) MASLOW A. H. *A theory of human motivation*. Psychological Review, 50, 1943, pp. 370-396.

(25) MCDONOUGH R.P. BENNET M.S. *Improving Communication Skills of Pharmacy Students Through Effective Precepting*. American Journal of Pharmaceutical Education, 2006.

(26) MEHRABIAN, A. *Silent messages.* Belmont, CA: Wadsworth, 1971.

(27) ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Article R-4235-2 du code de déontologie des pharmaciens.*

(28) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948)

(29) RANTUCCI M. J. *Le dialogue pharmacien-patient,* Pro-officina, avril 2008, 344 p.

(30) REACH G. *Clinique de l'observance : l'exemple des diabètes*. John Libbey Eurotext, Octobre 2006, 188 pp.

(31) REDMAN B.K. The practice of patient education: a case study approach. 10th revised édition. Mosby. Octobre 2006. 176 p.

(32) RICHARD C., LUSSIER M.-T. *La communication professionnelle en santé*. Edition du renouveau pédagogique, mars 2005, 840 p.

(33) SAOUT C. CHARBONNEL B. BERTRAND D. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.* Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports, et de la vie associative. Septembre 2008.

(34) SHELDON L.K. *Communication for nurses: talking with patients.* 1st edition, Jones and Bartlett Publishers, février 2005, 110 p.

(35) VERMEIRE E. et all. *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review.* Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. n°26. pp. 331-342. 2001.

(36) WATZLAWICK P., BEAVIN J.-H., JACKSON D. *Une logique de la communication*. Seuil. 280 pp., 1979.

(37) WHITE L., DUNCAN G. *Medical-surgical nursing: an integrated approach.* 2nd new edition, Delmare Cengage Learning, septembre 2001, 1184 p.

(38) WITTORSKI R., *Analyse du travail et production de compétences collectives*, L'Harmattan, 1997, 239 p.

(39) WORLD HEALTH ORGANISATION. *Adherence to long term thérapies. Evidence for action.* 2003. Geneva.

(40) WORLD HEALTH ORGANISATION. *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease.* 1996.

SITES INTERNET CONSULTES

(41) Computer generated prototypes of facial expression of émotions. Consultable sur : http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue4/art3/node9.html

(Consulté le 04/05/2010)

(42) Discours de Madame Roselyne Bachelot-Narquin lors de la remise du rapport « *Mission Éducation thérapeutique du Patient* ». 2 septembre 2008. Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/discours-de-madame-roselyne-bachelot-narquin-lors-de-la-remise-du-rapport-mission-education-therapeutique-du-patient.html

(Consulté le 16/04/2011)

(43) Evaluer l'observance d'un traitement médicamenteux. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-medicaments/evaluer-l-observance-d-un-traitement-medicamenteux.php)

(Consulté le 04/11/2010)

(44) HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.* Juin 2007. Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

(Consulté le 16/04/2011)

(45) Kolb's Learning styles. Consultable sur : http://changingminds.org/explanations/learning/kolb_learning.htm

(Consulté le 28/03/2011)

(46) Learning domains or Bloom's Taxonomy http://academic.udayton.edu/health/syllabi/health/unit01/lesson01b.htm#back1. (Consulté le 12/01/2011)

(47) Le modèle en spirale des stades de changement de comportement. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.noumbissie_c&part=230901

(Consulté le 10/01/2011)

(48) Le schéma de Prochaska. http://www.oncolor.org/referentiels/thorax/tabac_prochaska.pdf

(Consulté le 10/01/2011)

(49) Les styles d'apprentissage. Collège Frontière : manuel de tutorat. Consultable sur : http://www.frontiercollege.ca/french/ressources/APPRENT.pdf

(Consulté le 28/03/2011)

(50) MINISTERE DE LA SANTE. *Article n°84 du code de la santé publique du 21 juillet 2009.* Consultable sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475

(Consulté le 16/04/2011)

(51) MINISTERE DE LA SANTE. *Pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999. Rapport d'enquête*, juin 2000. Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqfin_e1.htm

(Consulté le 09/03/2011)

(52) PFIZER. Pfizer Principles for Clear Health Communication. 2nd edition, août 2004. Consultable sur : http://www.pfizerhealthliteracy.com/pdf/PfizerPrinciples.pdf

(Consulté le 10/11/2010)

(53) VERVLOET D. *Education thérapeutique du patient asthmatique.* Rev. Mal respir. Paris. 2002. Consultable sur : http://www.splf.org/rmr/interface/RMR2002_19_29_Vervloet.pdf

(Consulté le 06/04/2011)

(54) ZIMMERMAN G. L., OLSEN C. G., BOSWORTH M. F. *A « Stage of change » approach to helping patients change behavior,* American Family Physician, Wright State University School of Medicine, Dayton, Ohio. Mars 2010. Consultable sur : http://www.aafp.org/afp/20000301/1409.html.

(Consulté le 18/03/2011)

(55) Words to Watch Fact Sheet. Pfizer. Consultable sur : http://www.pfizerhealthliteracy.com/media/words-to-watch.html

(Consulté le 13/12/2010)

(56) Word Office 2010. Consultable sur : http://office.microsoft.com/fr-fr/images/results.aspx?qu=pilulier&origin=FX010132103#ai:MP900390523|

(Consulté le 19/05/2011)

(57) Word Office 2010. Consultable sur : http://office.microsoft.com/fr-fr/images/results.aspx?qu=pilule#ai:MP900423098|

(Consulté le 19/05/2011)

(58) Med-E-Lert : Automatic Pill Dispenser. Consultable sur : http://www.prlog.org/11120997-medication-reminder-electronic-automatic.jpg

(Consulté le 19/05/2011)

(59) Medicalarm Pill Box. Consultable sur : http://medicalarm.co.uk/images/VITACARRY-05.08.2009.jpg

(Consulté le 19/05/2011)

(60) Medicalarm Pill Box. Consultable sur : http://medicalarm.co.uk/images/CADEX-BLACK-WATCH.jpg

(Consulté le 19/05/2011)

(61) Alarm Pills. Consultable sur : http://www.applicationiphone.com/2010/10/test-alarm-pills-iphone/

(Consulté le 19/05/2011)

FACULTE DE PHARMACIE UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 28 juin 2011

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par Thomas MULLER

Sujet : **Le pharmacien éducateur en santé : comprendre le patient pour proposer un apprentissage adapté**

Jury :

Président : Mme BENOIT Emmanuelle, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme DEMORE Béatrice, Maître de Conférences, Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Nancy

Mr COCHAUD Christophe, Professeur Agrégé, Faculté de Pharmacie de Nancy

Mr FLEURENTIN Jacques, Docteur en Pharmacie, Président de la Société Française d'Ethnopharmacologie

Vu,

Nancy, le 23 Mai 2011

Le Président du Jury

Benoit

M. BENOIT

Le Directeur de Thèse

Benoit

M. BENOIT

Vu et approuvé,

Nancy, le 23 mai 2011

Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ - NANCY 1 - FACULTÉ de PHARMACIE

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 26.05.2011

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 * PRÉSIDENT

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3633

N° d'identification :

TITRE

LE PHARMACIEN EDUCATEUR EN SANTE : COMPRENDRE LE PATIENT POUR PROPOSER UN APPRENTISSAGE ADAPTE

Thèse soutenue le 28 juin 2011

Par Thomas MULLER

RESUME :

L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population concourent à multiplier les actes médicaux et diagnostiques. Pour faire face à cette permanence de soins, les professionnels de santé doivent déléguer une partie de leurs compétences médicales vers les patients. La publication récente de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) a inscrit l'Education Thérapeutique du Patient parmi les nouvelles missions du pharmacien. L'objectif de celle-ci est de rendre le patient plus autonome et plus compétent dans la gestion de sa maladie au quotidien, passant du statut de consommateur passif à celui d'acteur sur sa propre santé. Cependant, aider le patient à acquérir plus d'autonomie requiert de transmettre à ce dernier des informations, des compétences ou des attitudes de soin en mettant en place une démarche éducative au sein de l'officine. Mais proposer un apprentissage aux patients nécessite au préalable de comprendre comment le patient se comporte vis-à-vis de sa maladie. En effet, le comportement du patient est lié à de nombreux mécanismes psychologiques, comme le niveau de besoin, la motivation ou les croyances. Bien que les recommandations du professionnel de santé soient orientées dans le but d'améliorer la santé et le confort de vie des patients, ces derniers ne les respectent pas toujours. Les mécanismes cités précédemment peuvent ainsi générer des problèmes d'observance, avec parfois des conséquences graves. Tous ces éléments sont l'objet de la première partie de ce travail.
La seconde partie aborde la démarche éducative proprement dite. Elle a pour but d'aider le pharmacien à développer certaines compétences de communication, comme la pratique de l'écoute active, de l'empathie ou du questionnement efficace. En connaissant les différents outils éducatifs à sa disposition, le pharmacien peut également proposer une méthode éducative adaptée et personnalisée. Enfin, l'observation d'un échange entre le professionnel de santé et le patient permet de mettre en valeur les éléments de communication primordiaux et indispensables. Tous ces éléments réunis permettront au pharmacien de valoriser la connaissance et le bon usage des médicaments, mais également de renforcer le lien social qui existe avec le patient.

MOTS CLES : pharmacien, officine, apprentissage, éducation du patient

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
E. BENOIT	**Laboratoire de communication**	**Expérimentale** ☐ **Bibliographique** ☐ **Thème** 6

Thèmes	**1 – Sciences fondamentales** **3 – Médicament** **5 - Biologie**	**2 – Hygiène/Environnement** **4 – Alimentation – Nutrition** **6 – Pratique professionnelle**